

Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste) 2012–2015

GENOMFÖRANDEPLAN

Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2012:21

Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste) 2012–2015
GENOMFÖRANDEPLAN

ISBN 978-952-00-3359-0 (PDF)

ISSN-L 1236-2050

ISSN 1797-9854 (online)

URN:ISBN:978-952-00-3359-0

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3359-0>

www.stm.fi/sv/publikationer

Förlag: Social- och hälsovårdsministeriet

Layout: AT-julkaisutoimisto Oy

SAMMANDRAG

Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste) 2012–2015 GENOMFÖRANDEPLAN

■ Statsrådet fastställde det Nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste) för åren 2012–2015 den 2 februari 2012. Programmet baserar sig på lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården 733/1992 och dess 5 §.

Kaste-programmet syftar till att: I) Skillnaderna i välfärd och hälsa minskar och II) Social- och hälsovårdens strukturer och tjänster inom social- och hälsovården ordnas på ett klientorienterat sätt.

Kaste-programmet består av sex delprogram som kompletterar varandra. Delprogrammen är:

- I Riskgruppernas möjlighet till delaktighet, välfärd och hälsa förbättras,
- II Tjänster för barn, unga och barnfamiljer förnyas,
- III Strukturen och innehåll i tjänsterna för äldre förnyas,
- IV Servicestrukturen och primärservicen förnyas,
- V Information och informationssystem omformas till stöd för klienter och fackfolk,
- VI Genom ledarskap stöds förnyandet av servicestrukturen och välbefinnandet i arbetet.

I denna plan fastställs ansvariga aktörer och tidtabeller för varje delprogram samt beskrivs arbetsfördelningen mellan olika projektfinansiärer. De regionala ledningsgrupperna för Kaste-programmet har upprättat genomförandeplaner, som finns bifogade till denna nationella plan.

Denna plan beskriver även uppföljning och utvärdering av programmet, Innobyns verksamhet, övervakningens tyngdpunkter och åtgärder med anknytning till kommunikation.

Nyckelord:
utveckling, program, socialvård, hälso- och sjukvård

TIIVISTELMÄ

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012–2015

TOIMEENPANOSUUNNITELMA

■ Valtioneuvosto vahvisti Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) vuosille 2012–2015 helmikuun 2. päivänä 2012. Ohjelma perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annettuun lakiin 733/1992 ja sen 5 §:ään.

Kaste-ohjelman tavoitteena on, että: I) Hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat ja II) Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut on järjestetty asiakaslähtöisesti.

Ohjelman tavoitteisiin vastataan kuudella toisiaan täydentävällä osaohjelmalla. Osaohjelmat ovat:

- I Riskiryhmien mahdollisuutta osallisuuteen, hyvinvointiin ja terveyteen parannetaan,
- II Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluja uudistetaan,
- III Ikäihmisten palveluiden rakennetta ja sisältöä uudistetaan,
- IV Palvelurakennetta ja peruspalveluja uudistetaan,
- V Tieto ja tietojärjestelmät saatetaan asiakkaiden ja ammattilaisten tueksi,
- VI Johtamisella tuetaan palvelurakenteen uudistamista ja työhyvinvointia.

Tässä suunnitelmassa määritellään osaohjelmittain toimeenpanon vastuutahot ja aikataulut sekä kuvataan eri hankerahoittajien välistä työnjakoa. Kaste-ohjelman alueelliset johtoryhmät ovat laatineet alueelliset toimeenpanosuunnitelmat, jotka ovat tämän valtakunnallisen suunnitelman liitteenä.

Tässä suunnitelmassa kuvataan myös ohjelman seuranta, arviointi, Innokylän toiminta, valvonnan painopisteet ja viestinnälliset toimenpiteet.

Asiasanat:

kehittäminen, ohjelma, sosiaalihuolto, terveydenhuolto

SUMMARY

The National Development Programme for Social Welfare and Health Care (Kaste) 2012–2015 IMPLEMENTATION PLAN

■ The Government adopted the National Development Programme for Social Welfare and Health Care (Kaste Programme) for the years 2012–2015 on 2 February 2012. The programme is based on the Act on Planning and Government Grants for Social Welfare and Health Care 733/1992 and its section 5.

The targets of the Kaste programme are: I. Inequalities in wellbeing and health will be reduced II. Social welfare and health care structures and services will be organised in a client-oriented way.

The Kaste programme consists of six sub-programmes that complement each other. The sub-programmes are the following:

- I Improving the opportunities of risk groups for inclusion, wellbeing and health,
- II Reforming services for children, young people and families with children,
- III Reforming the structure and content of services for older people,
- IV Reforming the service structure and basic public services,
- V Adjusting the information and information systems so as to support clients and professionals,
- VI Supporting the restructuring of services and wellbeing at work by means of management.

This plan specifies the bodies responsible and the timetables for implementation by sub-programme, as well as describes the division of responsibilities by the different project financiers. The regional management groups for the Kaste Programme have drawn up regional implementation plans, which are appended to this national plan.

This plan also deals with the monitoring and evaluation of the programme, 'Innokylä' (Inno Village) activities, priorities in supervision and actions related to information and communication.

Key words:
development, health care, programme, social welfare

INNEHÅLL

1	Genomförande av Kaste-programmet är vårt gemensamma ansvar	7
2	Sammandrag av Kaste-programmet.....	8
3	Genomförande i delprogrammen.....	10
3.1	Genomgående principer i Kaste-programmet	10
3.2	Lagstiftningsreformer, program och rekommendationer	10
3.3	Delprogram	11
I	Riskgruppernas möjligheter till delaktighet, välfärd och hälsa förbättras	11
II	Tjänsterna för barn, unga och barnfamiljer förnyas	16
III	Struktur och innehåll i tjänsterna för äldre förnyas.....	22
IV	Servicestrukturen och primärservicen förnyas	26
V	Information och informationssystem omformas till stöd för klienter och fackfolk.....	29
VI	Genom ledarskap stöds förnyandet av servicestrukturen och välbefinnandet i arbetet	33
4	Finansiering.....	37
5	Uppföljning och utvärdering	39
6	Innobyn.....	40
7	Tillsyn	41
8	Information och kommunikation.....	43
BILAGA 1	Genomförandeorganisationen för Kaste-programmet	46
BILAGA 2	Regionala genomförandeplaner.....	47
BILAGA 3	Kaste-programperioden 2008–2011 som underlag för delprogrammet Barn, unga och barnfamiljer.....	93
BILAGA 4	Lagstiftning, projekt, program, studier och publikationer i anknytning till delprogrammen	97

I GENOMFÖRANDE AV KASTE-PROGRAMMET ÄR VÅRT GEMENSAMMA ANSVAR

Statsrådet fastställde Det nationella programmet för social- och hälsovården (Kaste) 20012–2015¹ den 2 februari 2012. Programmet är en långsiktig process för förändring, modernisering och innovation inom social- och hälsovården och det grundar sig på lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården (733/1992) och dess 5 §.

För programgenomförandet svarar delegationen för social- och hälsovård, ledningsgruppen under den och fem regionala ledningsgrupper (bilaga 1). Genomförandeplanen för Kaste-programmet har upprättats av kommuner, samkommuner, förvaltningsområden, organisationer, församlingar, företag, utbildningsenheter och nationella och regionala forsknings- och utbildningsenheter i samarbete och det genomförs av dem.

Denna plan lägger fast ansvarsfördelningen och tidsplanen för programmet och programåtgärderna och beskriver hur ansvaret är fördelat mellan projektfinansiärerna. De regionala ledningsgrupperna har lagt upp regionala genomförandeplaner. Planernas återges i bilaga 2.

¹ Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården KASTE 2012–2015, SHM, Publikationer 2012:2

2 SAMMANDRAG AV KASTE-PROGRAMMET

Kaste-programmet har följande mål:

I Skillnaderna i välfärd och hälsa ska bli mindre

- Riskgrupper ska få större delaktighet, välfärd och hälsa
- Preventivt arbete och tidigt stöd ska ge effekt
- Våld i nära relationer och våld i familjen ska minska.

II Strukturer och tjänster inom social- och hälsovården ska ordnas klientorienterat

- Klienterna ska lita på att servicen håller hög kvalitet och ger effekt
- Ledarskapet ska säkerställa fungerande service samt kunnig personal som mår bra
- Servicestrukturerna ska vara ekonomiskt hållbara och fungerande.

Fokus flyttas från att åtgärda problem till att aktivt främja fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och förebygga problem i hela befolkningen.

Måluppfyllelse eftersträvas genom sex delprogram som kompletterar varandra. De är tänkta att samordna dels regel-, resurs- och interaktionsstyrningen, dels samarbetet mellan de viktigaste aktörerna och projektfinansiärerna.

Delprogrammen är följande:

- I Riskgruppernas möjligheter till delaktighet, välfärd och hälsa förbättras
- II Tjänsterna för barn, unga och barnfamiljer förnyas
- III Struktur och innehåll i tjänsterna för äldre förnyas
- IV Servicestrukturen och primärservicen förnyas
- V Information och informationssystem omformas till stöd för klienter och fackfolk
- VI Genom ledarskap stöds förnyandet av servicestrukturen och välbefinnandet i arbetet.



Figur 1. Mål och delprogram i Kaste-programmet.

3 GENOMFÖRANDE I DELPROGRAMMEN

3.1 GENOMGÅENDE PRINCIPER I KASTE-PROGRAMMET

Delaktighet och klientcentrering är två principer som genomsyrar Kaste-programmet och programgenomförandet. Det innebär bland annat att människor får göra sin röst hörd och att de ges större påverkningsmöjligheter i beslut och tjänster som rör dem själva och när det är aktuellt att utveckla dessa. För att ge brukarna större inflytande och för att få reda på synpunkterna i olika åldersgrupper behövs det inkluderande arbetsmetoder, bland annat personer med egen erfarenhet, brukarpaneler, råd och forum.

Delprogrammen genomförs med hänsyn till att de ska upprätthålla och främja jämlikhet mellan nationalspråken. De särskilda behoven bland samer, teckenspråkiga och andra språk- och kulturminoriteter beaktas i arbetet med att förbättra delaktighet, välbefinnande och hälsa och utveckla servicen. Dessutom kommer behoven hos personer med funktionsnedsättning, skillnader mellan könen och jämställdhetsfrågor att uppmärksammas i genomförandet av hela programmet. Handikapp- och rompolitiska program vägs in när delprogrammen genomförs.

3.2 LAGSTIFTNINGSREFORMER, PROGRAM OCH REKOMMENDATIONER

Under programperioden genomförs ett flertal betydande lagstiftningsprojekt och de kommer att påverka dels sättet att organisera social- och hälsovård, dels innehållet i servicen. Kommunreformen och den tillhörande reformen av servicestrukturen inom social- och hälsovården hör till de mest betydande bland projekten. Varje delprogram i Kaste inkluderar lagreformer eller frågor som måste vägas in i beredningen av lagstiftningsreformer. I delprogrammen ingår också åtgärder som stöder verkställigheten av lagstiftningsreformerna. I kapitel 4 i Kaste-programmet (se s. 32–34 i programmet) ingår en sammanställning av lagstiftningsreformer, principbeslut från statsrådet och rekommendationer där beredningen och genomförandet får stöd via Kaste-programmet.

3.3 DELPROGRAM

I Riskgruppernas möjligheter till delaktighet, välfärd och hälsa förbättras

ÅTGÄRD 1:

Delaktighetsfrämjande arbetsformer utvecklas för att stödja riskgrupper så att de reder sig.

Delaktigheten i arbetslivet för långtidsarbetslösa och svårt sysselsatta personer främjas genom att förnya metoderna i vuxensocialarbetet och genom att effektivisera den sociala sysselsättningen och den rehabiliterande arbetsverksamheten. Hälso- och sjukvården kopplas i högre grad till processer som upprätthåller arbetsförmågan och har sysselsättande funktion. Ytterligare uppmärksammas särskilt utbildningsmöjligheterna och sysselsättningen för personer med funktionsnedsättningar, för etniska och språkliga minoriteter, för invandrare samt för rehabiliteringsklienter inom mental- och missbrukarvården.

Kommunerna kommer att stärka socialt arbete bland vuxna, vuxensocialarbetet, i samarbete med en rad aktörer. THL tar fram undersökningsresultat som stöd för en revidering av uppgiftsbeskrivningarna inom socialt arbete bland vuxna och i samråd med en rad aktörer vidareutveckla metoderna och utvärdera vilka effekter de har. THL har en webbplats för utvärdering av socialt arbete bland vuxna, Aikuissosiaalityön vaikuttavuuden arvionti, och svarar för verksamheten i lärandenätverket för social delaktighet och delaktig i arbetslivet.
⇒ *Tidsplan: 2012–2014.*

Kommunerna ska stödja arbets- och funktionsförmågan hos personer med dåliga möjligheter på arbetsmarknaden och personer med nedsatt arbetsförmåga:

- Kommunerna utvecklar innehåll, kvalitet och samband med annan verksamhet i arbetsverksamheten i rehabiliteringssyfte i samråd med en rad aktörer, i synnerhet med organisationer. SHM lägger upp rekommendationer för kvalitetskriterier för arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte i samarbete med THL, kommunerna och andra experter.

THL och SHM tar fram en elektronisk handbok om arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte som ett led i tjänsten Socialporten. På seminarier och i publikationer lyfter THL fram finländska och utländska exempel på god praxis för social sysselsättning, arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte och arbetslivsdeltagande i lärandenätverket för social delaktighet och delaktig i arbetslivet.

- Kommunerna förbättrar möjligheterna för arbetslösa att få hälsokontroller, bedömning av sin arbets- och funktionsförmåga, hälsovård och rehabilitering (inklusive uppsökande mental- och missbrukarvård) och satsar på att servicen ska ges i rätt tid. Utvecklingsarbetet är ett led i basservicen och samarbetspartner är social- och hälsovården, arbets- och näringsförvaltningen och FPA. I arbetet knyter kommunerna an till exempel på god praxis i projektet för hälsovård för långtidsarbetslösa (PTT-projektet) och erfarenheterna från hälsovinstmodellen. Under ledning av ANM följer man upp hur arbetslösa slussas till hälsokontroller och hur kontrollerna görs. SHM, Kommunförbundet och FPA deltar i samarbetet.

- Genom social rehabilitering hjälper kommunerna och organisationerna personerna att få en meningsfull vardag. Företagen uppmuntras att nyttiggöra den återstående arbetsförmågan hos personer med nedsatt arbetsförmåga. Vid sidan av professionell hjälp satsas det på kamrattstöd via organisationerna.
- Kommunerna effektiviserar det multidisciplinära arbetet. Målet är att ta fram strukturer för servicestyrning (exempelvis klientsamarbetsgrupp inom rehabilitering) mellan social- och hälsovård, arbets- och näringsförvaltning, utbildningsmyndigheter, FPA och tjänsteleverantörer.
- I överensstämmelse med regeringsprogrammet bereder ANM, SHM och FPA lagbestämmelser för att utvidga modellen med servicecenter för arbetskraft till hela landet. ANM, Kommunförbundet och SHM ordnar, som det sägs i regeringsprogrammet, ett försök där huvudansvaret för sysselsättningen lyfts över kommunerna.
- THL tar fram fakta om arbetslösas välbefinnande, hälsa och arbets- och funktionsförmåga som underlag för kommunernas utvecklingsarbete. THL och TTL stöttar kommunerna när de genomför modeller som befunnits vara bra i hälso- och sjukvården för arbetslösa. Stödet kan bland annat vara material från det nationella expertnätverket för mätning och bedömning av funktionsförmåga (nätverket TOIMIA).

⇒ *Tidsplan: 2012–2015.*

Kommunerna stöder måluppfyllelsen i Finlands handikappolitiska program och Finlands rompolitiska program genom att tillhandahålla service och tillämpa verksamhetsmodeller för större välbefinnande och delaktighet för romer och personer med funktionsnedsättning. THL kommer att informera om möjligheter att stödja funktionshindrades delaktighet och sysselsättning i en elektronisk handbok om service till funktionshindrade som sammanställs i samarbete med flera andra, bland annat berörda organisationer och arbetsgivare. THL bevakar hur det nationella handikappolitiska programmet genomförs och uppdaterar handboken med hjälp av lärandeprogrammet för funktionshinderfrågor. TTL tar fram information om hur funktionshindrade fått stöd med att delta i arbetslivet och hur arbetsplatserna har ordnat tillgängligheten. THL lägger upp indikatorer för att mäta välbefinnande bland den romska befolkningen, och förändringar i romernas välbefinnande följs upp.

⇒ *Tidsplan: 2012–2015.*

Vidare ska kommunerna arbeta för större välbefinnande bland invandrare genom att satsa på mer klientorienterad service och ta fram arbetsformer som involverar invandrare.

- I samarbete med kommuner och organisationer kommer THL och IM att utveckla, genomföra och modellera en medborgarpanel för invandrare och andra metoder för att höra invandrare och för att förbättra deras möjligheter att få utbildning, arbete och social- och hälsovård.
- I samarbete med högskolorna ska THL ta fram fakta om välbefinnande, hälsa och arbets- och funktionsförmåga bland invandrare och bygga upp ett uppföljningssystem för hälsa och välfärd bland invandrare. Vidare kommer TTL att sammanställa fakta om invandrades sysselsättning och inskolning och stöd för arbetsförmågan bland unga invandrare.

⇒ *Tidsplan: 2012–2014.*

Frigivna fångars integrering i samhället främjas genom att de stödformer inom hälsovård och rehabilitering som inleds under fängelseiden får fortsätta utan avbrott.

I samarbete med JM kommer SHM att förbereda en överföring av hälsovården för fångar till SHM. Efter överföringen kommer THL i samarbete med kommuner, tjänsteleverantörer och organisationer att ta fram en modell för att hälsovård och rehabilitering som inleds under fängelseiden ska kunna fortsätta utan avbrott inom primärvården och socialvården.

Åtgärderna i enlighet med Programmet för att minska långtidsbostadslösheten fortsätter.

Under ledning av MM fortsätter man att vidta åtgärder enligt Programmet för att minska långtidsbostadslösheten. Den första programperioden (2008–2011) var målet att halvera den långvariga bostadslösheten. För den andra perioden (2012–2015) är målet att avskaffa den långvariga bostadslösheten senast 2015. Tanken är att bygga 1 250 bostäder under programperioden. Bostadsförhållandena för personer i psykisk rehabilitering och personer med missbruksproblem ska i överensstämmelse med statsrådets bostadspolitiska åtgärdsprogram förbättras som ett led i programmet för att minska långtidsbostadslösheten och den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete.

⇒ *Tidsplan: 2012–2015.*

Pengarna till bostäder kommer via Finansierings- och utvecklingscentralen för boendet (ARA) och Penningautomatföreningen (RAY). Dessutom deltar RAY i programmet för att minska långtidsbostadslösheten med verksamhetsbidrag, bland annat i start- och utvecklingsprojekt. Via Kaste-programmet finansierar SHM högst 50 procent av utgifterna för att anställa stödpersoner. I programmet deltar tio kommuner som var och en ingår ett intentionsavtal med staten och förbinder sig att göra det som anges i handlingsplanen till avtalet.

ÅTGÄRD 2:

De riktade formerna för främjande av välfärd och hälsa samt lågtröskeltjänsterna ska bli fler.

Riktade och sporrande metoder för att främja hälsan hos riskgrupperna tas fram och genomförs i samarbete med den offentliga sektorn, organisationer och företag.

I samarbete med THL, företag och organisationer kommer kommunerna att utveckla motiverande och sporrande metoder för att främja psykisk hälsa, somatisk hälsa och social välfärd för i synnerhet de lägsta socioekonomiska grupperna.

Kommunerna ska identifiera barn, unga och familjer i riskgrupper genom omfattande hälsokontroller enligt rådgivningsförordningen (338/2011) och inom elev- och studerandevården. I förekommande fall ges riktat specialstöd. Familjecentralsverksamheten ska stödja det multiprofessionella specialstödet. THL följer upp hur arbetet förflöper och utvecklar familjecentralsverksamheten tillsammans med kommunerna.

SHM ska uppmuntra kommunerna att tillhandahålla billig och lätt tillgänglig kultur- och idrottsverksamhet, men också matservice och kostrådgivning i synnerhet för äldre, personer utanför arbetslivet och invandrare. SHM, FM och JSM samarbetar om att skapa en hälsofrämjande politik för matpriserna.

THL stöder kommunerna för att de inom mentalvården och annan primärvård också ska kunna främja den fysiska hälsan hos mentalvårdspatienter. Stödet ges främst som information om fungerande hälsofrämjande metoder.

Vidare ger THL, Kommunförbundet och SHM kommunerna experthjälp i arbetet för att minska ojämlikhet och krympa skillnaderna i hälsa. Kommunerna uppmuntras att införa elektroniska välfärdsberättelser där man kan följa upp skillnaderna i välfärd och hälsa mellan befolkningsgrupperna och hur de kan påverkas. Arbetet med att utveckla de elektroniska välfärdsberättelserna fortsätter i samråd med THL, Kommunförbundet och SHM.

Kommunerna kommer att utvärdera hur nyttiga hälsokioskerna från den första Kaste-programperioden har varit som rådgivningsplatser med låg tröskel. Exempel på god praxis får fortsätta och de utvidgas till nya områden.

Lättillgängliga mentalvårds- och missbrukartjänster utvecklas i linje med den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete (Mieli).

THL och TTL genomför planen Mieli tillsammans med kommunerna och hjälper dem att förankra de exempel på god praxis som tagits fram genom planen och Programmet för att minska arbetsoförmåga som beror på depression (MASTO 2008–2011). THL samordnar lärandenätverket för missbruks- och mentalvårdsarbete. Kommunerna och samkommunerna effektiviserar koordineringen och samordningen av mental- och missbrukarvården för att servicen ska vara klientorienterad och lätt tillgänglig. Dessutom ska mental- och missbrukarvården ses över genom större samarbete mellan primär- och specialvården. Strukturerna och samordningen i främjande och förebyggande arbete säkerställs som ett led i översynen av servicestrukturerna.

Det kommer att införas effektiva metoder för att i ett tidigt stadium upptäcka psykiska problem och missbruk och för att erbjuda vård eller stöd. Behovet av institutionsvård reduceras i kommunerna genom att utbudet på andra typer av vård utökas och diversifieras, bland annat jour, rörlig service och konsultation. I denna verksamhet samarbetar kommunerna med organisationerna.

I en tioårig longitudinell uppföljning (2005–2015) undersöker THL vilka faktorer som påverkar den psykiska hälsan, vilken typ av mental- och missbrukarvård det finns och attityderna till psykiska störningar. Resultaten kommer att utnyttjas av kommuner, sjukvårdsdistrikt, organisationer och privata vårdgivare i deras utvecklingsarbete regionalt och nationellt.

En regional samordningsmodell enligt Alkoholprogrammet inarbetas till stöd för den lokala rusmedelspolitiken och för att minska skadorna av missbruk.

SHM utreder olika alternativ för att förankra den regionala samordningsmodellen i regionförvaltningsverkens permanenta uppgifter. THL styr samordningsmodellen.

Med den regionala samordningsmodellen stärker man de lokala strukturerna för att förebygga missbruksrelaterade skador och sprider evidensbaserade arbetsformer, bland annat miniintervention och verksamhetsmodellen Lokal alkoholpolitik (Pakka). Modellen läm-

par sig också för att förebygga skador av andra produkter som övervakas med åldersgränser, det vill säga tobak och spel om pengar. Verksamheten stöds av den stora materialbanken i Alkoholprogrammet. Modeller för finansiering av materialbanken utreds 2012.

⇒ *Tidsplan: 2012–2015.*

ÅTGÄRD 3:

Kompetensen för förebyggande av våld förkovras.

Ett koncept för förebyggande arbete avseende våld i nära relationer införs med beaktande av SHM:s rekommendationer och det nationella handlingsprogrammet för att minska kroppslig åga. Strukturer och kompetenser ska stärkas för att förhindra våld och kroppslig åga och för att man ska kunna ta sig an problemet.

Våld mot barn, unga, äldre och personer med funktionsnedsättningar uppmärksammas särskilt. Åtgärdsmodeller skapas för att hjälpa barn och unga som har utnyttjats sexuellt och deras familjer.

THL kommer att stödja kommunerna för att de ska kunna stärka den tvärssektoriella ledningen av frågor som gäller våld i nära relationer och samordna arbetet, liksom för att det ska kunna koncentreras och utvecklas serviceformer för specialkompetens i frågor kring våld i nära relationer. Social- och hälsovårdspersonalen får ett formulär för att systematiskt undersöka våld i nära relationer och tillgång till riskbedömning av våld. Detta för att samtal om våld ska kunna integreras i serviceprocessen. I synnerhet inom mental- och missbrukarvården kommer samordnat arbete att tillämpas. Det innebär att personalen pratar om våld i nära relationer och ingriper i samband med missbruk och psykiska problem.

⇒ *Tidsplan: 2012–2014.*

I samarbete med kommunerna och organisationerna tar THL fram modeller för att förebygga våld vid skilsmässor.

⇒ *Tidsplan: 2012–2015.*

Vidare fortsätter THL att utveckla barnhusmodellen Lastenasiaintalo som är ett verktyg för att barnorienterat och centrerat hjälpa barn som utsatts för sexuellt och fysiskt våld. Utvecklingsarbetet sker i tvärssektoriellt samarbete. Utifrån erfarenheterna utvärderas och vidareutvecklas modellen för att genomföras i hela landet. SHM, IM och JM bedömer om lagstiftningen eventuellt bör ses över med anledning av barnhusmodellen.

⇒ *Tidsplan: 2012–2015.*

I samarbete med organisationerna tar kommunerna fram tillgänglighetsanpassad och lätt tillgänglig lågtröskelservice för unga som utsatts för sexuellt våld. Sjukvårdsdistrikten kommer att satsa på akut medicinsk och psykosocial vård för offer för sexuellt våld enligt modellen för vård av offer för sexuellt våld (RAISEK) som tagits fram i Jyväskylä.

⇒ *Tidsplan: 2012–2014.*

THL har lagt till sidor om våld i den elektroniska handboken om handikappservice och den kommer att vidareutvecklas i samarbete med flera aktörer. Avsnitten behandlar olika former av våld mot personer med funktionsnedsättning, barn med funktionsnedsättning och äldre. Vidare behandlas våld som upptäcks i servicesituationer, sexuellt våld och metoder för att upptäcka våld och ingripa.

II Tjänsterna för barn, unga och barnfamiljer förnyas

ÅTGÄRD 4:

Servicehelheterna för barn, unga och barnfamiljer utvecklas och verksamhetsmodeller införs som stödjer familjer, föräldraskap och vuxna som arbetar med barn och unga.

Det satsas på ett mångprofessionellt, sektorsövergripande och förenande ledarskap för barnfamiljstjänsterna.

SHM ska se till att beredningen av lagen om ordnande av social- och hälsovård, socialvårdslagen och studerandevårdslagen tar hänsyn till att bestämmelserna ska stödja mångprofessionellt, sektorsövergripande och förenande ledarskap för barnfamiljstjänsterna. I samband med överföringen av förvaltningsområdet för förskolepedagogiken och beredningen av en lag om förskolepedagogik ska SHM och UKM i sin tur se till att samarbetet mellan förskolepedagogik och social- och hälsovård fungerar. Servicen kommer att vidareutvecklas med hänsyn till att både service och stödåtgärder ska vara tillgänglighetsanpassade och lätt tillgängliga.

⇒ *SHM i samarbete med THL och UKM. Tidsplan: 2012–2014.*

THL ska sprida handboken Palveluja yhteensovittava johtaminen till kommunerna. Dessutom ska institutet erbjuda experthjälp för ett pilotprojekt för partnerskapsbaserat förenande ledarskap i kommunerna och förbättringar av nätverkens ledarskapskompetens.

⇒ *I samarbete med SHM, THL, UKM, kommunerna och organisationerna.
Tidsplan: 2013–2015.*

THL kommer att analysera resultaten av indikatorarbetet (AvoHILMO, Indi-työ, TEA-viisari, nationella indikatorer för barns och ungas välfärd, Lasten ja nuorten tietorakenteet, Skolhälsoenkäten och arbetet under den första perioden av Kaste-programmet, bedöma om fortsatt arbete behövs och ta fram en modell för jämförelseindikatorer (lokal, regional och nationell) för hälsa, välfärd och verksamhet som kan tillämpas i beslutsfattande. Dessutom hjälper THL kommunerna att utnyttja uppgifterna i sitt ledarskap dels direkt, dels genom att stärka den kommuninterna och interkommunala dialogen.

⇒ *THL i samarbete med SHM, UKM, Kommunförbundet och kommunerna.
Tidsplan: 2012–2015.*

Kommunförbundet har gett kommunerna en rekommendation för förhandsbedömning av effekter i det kommunala beslutsfattandet (EVA-bedömning). THL och Kommunförbundet stöder kommunerna för att de ska kunna förankra en bedömning av barneffekter i sitt beslutsfattande. Förankringen av förhandsbedömningen integreras i kommunernas åtgärder för att utveckla indikator- och strategiarbetet. Förhandsbedömningen går ut på att i beslutsfattandet ta vara på barns, ungas och familjers erfarenheter. SHM arbetar för utvärdering av barneffekter inom statsförvaltningen.

⇒ *THL i samarbete med Kommunförbundet, kommunerna, organisationerna och församlingarna, SHM och övriga ministerier*

THL kommer att ta fram och nyttiggöra webbtjänster för professionella inom social- och hälsovård för att revidera och samordna ledarskapet och metoderna i servicen till barnfamiljer och sprida nya modeller. Det gäller bland annat följande webbtjänster: Kasvun

Kumppanit, Lastensuojelun käsikirja (Handbok för barnskyddet), Handbok för handikappservice, Neuvoa antavat, Spelrelaterade problem, elektroniska barnrådgivningshandboken, tematjänsten Kaventajat som arbetar för att minska skillnaderna i välfärd och hälsa.

⇒ *THL i samarbete med kommunerna. Tidsplan: 2012–2015.*

Förankring och spridning av metoder och verksamhetsmodeller från Kaste-programmets första programperiod som syftar till att stödja barns och ungas välmående samt deras somatiska och mentala hälsa inleds.

De exempel på praxis som tagits fram under den första programperioden finns beskrivna i bilaga 3. För att i synnerhet evidensbaserade metoder och modeller för att stödja barn, unga och familjer ska förankras kommer THL att se över sin styrning, fortsatt bearbeta och utvärdera innovativa metoder, ge ut publikationer och arrangera möten för temanätverken. I arbetet nyttiggörs Innobyn. SHM kommer att ta fram samordnad praxis för att rapportera och informera om resultaten av utvecklingsarbetet.

⇒ *THL i samarbete med Kommunförbundet och SOSTE samt kommunerna och samkommunerna. Tidsplan: 2013–2015.*

THL erbjuder experthjälp för att kommunerna ska kunna införa de modeller som under den första programperioden befunnits vara bra. Sjukvårdsdistrikten och kommunerna ska se till att specialisttjänsterna (kompetens inom barn- och ungdomspsykiatri, barnskydd, barn- och familjerådgivningsbyråer) får utvecklas utifrån behoven hos barnen och deras utvecklingsmiljö och förankras i hemmen, barnomsorgen, skolan, läroanstalter, mödravårds- och barnrådgivningen, skol- och studerandehälsovården och öppenvården inom barnskyddet. Tanken är att de ska vara till hjälp, ge konsultationer och ta fram effektiva arbetsmetoder som kan tillämpas på primär nivå.

⇒ *Utvecklingsinsatser i sjukvårdsdistrikten, kommunerna, organisationerna och konstkommissionerna. Tidsplan: 2012–2015.*

Vidare utvecklas primärtjänster för att stödja barn i familjer där det förekommer någon allvarlig fysisk sjukdom, mentala problem och/eller missbruksproblem.

THL, kommunerna, organisationerna och församlingarna kommer att utveckla dels familjecentralsverksamheten, dels elev- och studerandevården för att förebygga generationsöverskridande problem. THL ska se till att erfarenheterna och resultaten från projektet Familj och barn i samspel och andra liknande projekt kring nedärvda problem kommer till nytta och sprids i kommunerna för att stödja barn som har allvarliga fysiska sjukdomar, mentala problem och/eller missbruk eller ekonomiska svårigheter i familjen.

⇒ *THL i samarbete med SHM, yrkeshögskolorna, universiteten, församlingarna, organisationerna, Kommunförbundet och kommunernas utvecklingsarbete. Tidsplan: 2013–2015.*

I samarbete med UKM utbildar THL utbildare och stärker på så sätt social- och hälsovårdspersonalens och barnomsorgens kunskaper om hur våld i nära relationer, aga och sexuellt våld kan förebyggas (personalens kompetens, familjeträning, pedagogisk kompetens för föräldrarna och säkerhetskunskaper för barn).

⇒ *THL och Utbildningsstyrelsen i samarbete med regionförvaltningsverken och kommunerna. Tidsplan: 2013–2015.*

Kommunerna instrueras att utarbeta den plan för barns och unga personers välfärd som avses i barnskyddslagen så att den också inbegriper kommunernas ungdomspolitiska programarbete enligt ungdomslagen och anpassas till välfärdsberättelsen enligt hälso- och sjukvårdslagen. Kommunerna uppmuntras att vid utarbetandet av välfärdsplanerna ta reda på barnens och ungdomarnas egna åsikter och att använda planerna som arbetsredskap.

SHM ska se till att kunskaperna om barns och ungas välfärd vägs in när socialvårdslagen och lagen om organisation av social- och hälsovårdslagen bereds.

⇒ *SHM i samarbete med THL. Tidsplan: 2012–2014.*

I samarbete med Kommunförbundet ska THL bedöma om kommunerna behöver styrning i samband med beredningen av välfärdsberättelsen. Vidare uppmuntrar THL kommunerna att mer systematiskt utnyttja indikatorinformationen när de upprättar, följer upp och utvärderar välfärdsplanerna, men överlag också i sitt beslutsfattande.

THL stöttar kommunerna i processen för att nyttiggöra informationen om barn och unga (hälsa, välfärd och verksamhet) i välfärdsberättelserna. Information som kan vara till nytta är bland annat resultaten från forskningsprojekt vid THL och Skolhälsoenkäten. I sitt utvecklingsarbete bör kommunerna ta hänsyn till att planen för barns och ungas välfärd ska stödja utveckling, genomförande och beslut om service och verkställigheten av den planerade lagen om studerandevård. Kommunerna uppmuntras att införa elektroniska välfärdsberättelser som ett verktyg för planering, uppföljning och ledarskap.

⇒ *THL och Kommunförbundet i samarbete med Utbildningsstyrelsen och kommunerna. Tidsplan: 2013–2015.*

Med stöd från THL kommer kommunerna att ta fram fungerande lösningar för att kartlägga och utnyttja barns, ungas och barnfamiljers erfarenheter av behov, hjälp och service i beslutsfattandet.

⇒ *Kommunernas, församlingarnas och organisationernas utvecklingsarbete i samarbete med THL. Tidsplan: 2013–2015.*

ÅTGÄRD 5:

De förebyggande tjänsterna och tjänsterna för tidigt stöd stärks och barnskyddsarbetet utvecklas.

I samarbete med programmet Samhällsgaranti för unga² (ANM) ökas delaktigheten i utbildning och i arbetslivet för unga med risk för utslagning. Särskilt uppmärksammas invandrarungdomar och unga romer.

THL medverkar till att sprida de fungerande modeller för att förhindra att barn och unga marginaliseras som tagits fram under den första perioden av Kaste-programmet, särskilt modeller som känner igen och hjälper unga utan studieplats eller jobb.

Time out-modellen Aikalisä! Elämä raiteilleen tillämpas för att stoppa marginalisering bland unga män i uppbördsåldern, bevaringsåldern och civiltjänståldern. Modellen kommer

2 Programmet kallas också Ungdomsgarantin och där ingår både utbildningsgaranti och arbetsgaranti. Alla arbetslösa under 25 år och nyutexaminerade arbetslösa under 30 år erbjuds jobb eller utbildningsplats senast när de har varit arbetslösa i tre månader. UKM svarar för utbildningsgarantin och ANM för arbetsgarantin.

fortsatt att spridas och förankras i hela landet. Dessutom kommer den att integreras i det uppsökande ungdomsarbetet.

⇒ *THL i samarbete med TTL, ANM, FSM, UKM och SHM, högskolorna, läroanstalterna på andra stadiet och organisationerna. Tidsplan: 2013–2015.*

THL och Utbildningsstyrelsen vidareutvecklar samarbetet inom elevvården och i synnerhet den omfattande hälsokontrollen i årskurs 8 för att förutse marginalisering och skolavbrott (dropping factors) och finna lämpligt stöd som verktyg. Särskild fokus sätts på unga invandrare, unga romer, unga med funktionsnedsättning, långtidssjuka ungdomar och unga med inlärningssvårigheter. I elev- och studerandevården ska föräldrarna bli mer delaktiga. Särskild vikt läggs på att upptäcka psykiska problem och missbruk. Dessutom lyfts personalens kompetens fram, likaså åtgärder för att förbättra den, samt sambandet med barnskyddet.

⇒ *THL, Utbildningsstyrelsen och kommunernas utvecklingsarbete. Tidsplan: 2014–2015.*

Socialarbetet för unga och det uppsökande ungdomsarbetet stärks. Elev- och studerandevården utvecklas och större välmående i skolorna, liksom uppkomsten av en hälsofrämjande skola främjas.

I samarbete med UKM ska THL hjälpa kommunerna att vidareutveckla formerna för samarbete inom socialvård, ungdomsarbete, idrottsverksamhet och kultursektor med målet att förhindra att unga människor marginaliseras och att ge goda verksamhetsmodeller spridning.

⇒ *THL i samarbete med UKM, kommunerna, församlingarna, organisationerna och yrkes-högskolorna. Tidsplan: 2014–2015.*

THL hjälper kommunerna att vidareutveckla skol- och studerandehälsovården i överensstämmelse med förordning 338/2011. I samarbete med kommunerna tar institutet fram fungerande praxis och modeller för omfattande hälsokontroller med särskild tonvikt på multidisciplinärt samarbete. Vidare ska sammanfattningar av de omfattande hälsokontrollerna av skolor och klasser förbättras. Samtidigt samarbetar man om att förbättra formulär, kallelser och andra verktyg som gynnar arbetet ute på fältet. De omfattande hälsokontrollerna kommer också att nyttiggöras i samarbetet mellan hem och skola.

⇒ *THL, Utbildningsstyrelsen, Kommunförbundet och kommunernas utvecklingsarbete. Tidsplan: 2012–2015.*

Kommunerna och Kommunförbundet kommer att satsa på den samlade studerandehälsovården med fokus på att den ska backa upp de studerandes hälsa, välbefinnande och studieförmåga. Mental- och missbruksvård är särskilda insatsområden. THL och Utbildningsstyrelsen stöder utvecklingsarbetet.

I samarbete med kommunerna tar THL och Utbildningsstyrelsen fram modeller för kännetecken för välbefinnande i skolan. Elever, studerande och lärare uppmuntras att vara delaktiga i arbetet för större hälsa, säkerhet och välbefinnande i skolan. Också grupper med särskilda behov lyfts fram, bland annat elever med inlärningssvårigheter.

Kommunerna satsar på skol- och studiemiljöerna och deras kulturer med målet att de ska underbygga en hälsofrämjande livsstil.

⇒ *Kommunerna, Kommunförbundet i samarbete med SHVS, THL, Utbildningsstyrelsen och organisationerna. Tidsplan: 2013–2015.*

I samarbete mellan elev- och studerandehälsovården stöder THL en uppföljning av hur det ser ut med välbefinnande, hälsa och säkerhet i skol- och studerandemiljön och bland elever och studerande. För detta tar THL fram modeller och producerar information.

⇒ *THL, Utbildningsstyrelsen, Kommunförbundet och kommunernas utvecklingsarbete.*

Tidsplan: 2014–2015.

UKM och SHM bereder tillsammans en lag om studerandevård. Lagen ska ta fasta på de strukturer för styrning, samordning och samarbete som krävs för verkställigheten. UKM och THL hjälper kommunerna och andra utbildningshuvudmän att verkställa lagen.

⇒ *UKM och SHM. Tidsplan: 2012–2012. Utbildningsstyrelsen och THL.*

Tidsplan: 2014–2015.

THL, Utbildningsstyrelsen och kommunerna börjar samordna en ledarskapsmodell för ett pilotprojekt om elev- och studerandevård och THL bedömer om modellen är lämplig och till nytta.

⇒ *THL och Utbildningsstyrelsen i samarbete med kommunerna. Tidsplan: 2012–2015.*

Familjecentralernas verksamhet utvidgas i samarbete med familjerna, kommunerna, organisationerna och andra aktörer.

THL kommer att utveckla familjecentralsverksamheten i samarbete med kommuner, organisationer, församlingar och familjer. Vidare tar THL fram information i en familjecentralsutredning för att lägga fast familjecentrals servicen och utveckla verksamheten. Familjecentralsverksamheten är huvudsakligen inriktad på barn under skolåldern och deras föräldrar och familjer. Familjecentralerna arbetar multidisciplinärt och involverar rådgivningsbyråer, förskolepedagogik, familjearbete, organisationer, församlingar, barnskydd, specialistmedarbetare och barn- och familjerådgivningsbyråer. Verksamheten är tänkt att bli en mötesplats för familjerna där de kan få hjälp av andra i samma situation. Familjecentralerna förutsätter samarbete med alla involverade och ett fungerande multidisciplinärt ledarskap.

I samarbete med SHM och tillsammans med kommunala aktörer sammanställer THL verksamhetsmodeller, metoder, exempel på god praxis och kompetens från den första perioden av Kaste-programmet. Som ett led i familjecentralsverksamheten kommer de att utveckla de omfattande hälsokontrollerna på rådgivningsbyråerna och etablera samarbete med i synnerhet förskolepedagogiken och barnskyddet. THL stöder utbildning och kompetensförbättring som kommer familjecentralsverksamheten till godo, i samarbete med familjecentralsnätverket på yrkeshögskolorna, organisationerna och RAY:s bidragsprogram Emma och Elias. Vidare sammankallar THL de kommunala aktörer som arbetar med att utveckla familjecentralsverksamheten via lärandenätverket i Innobyn.

⇒ *THL i samarbete med SHM, yrkeshögskolorna, universiteten, församlingarna, organisationerna, Kommunförbundet och kommunernas utvecklingsarbete. Tidsplan: 2013–2015.*

THL backar upp det stöd som togs fram under den första programperioden och är med och sprider och vidareutvecklar modellerna för rådgivning och hjälp vid skilsmässa. Kommunerna och organisationerna utvecklar och stärker relationsrådgivningen plus hjälp, rådgivning och medling vid skilsmässa.

⇒ *THL och kommunerna, organisationerna plus församlingarnas utvecklingsarbete.*

Tidsplan: 2013–2015.

Barnskyddets öppenvård och familjevård utvecklas. Satsningarna för barn och barnfamiljer på hemservice och på service som förs ut till hemmen stärks.

THL och Kommunförbundet hjälper kommuner, församlingar och organisationer att utveckla det multidisciplinära samarbetet mellan basservice, barnskydd och andra aktörer. Ett särskilt insatsområde är att undersöka metoder och modeller för barnskyddsbehovet. Vidare kommer de att satsa på att stödja skolgången för barnskyddsbarn i samarbete med UKM och Utbildningsstyrelsen.

⇒ *THL, UKM, Utbildningsstyrelsen, Kommunförbundet, organisationerna, församlingarna och kommunernas utvecklingsarbete. Tidsplan: 2013–2015.*

I samråd med Kommunförbundet, organisationerna och RAY:s program Emma och Elias stöder THL kommunerna när de tar fram egna och regionala samarbetsmodeller för basservice, barnskydd och specialistservice och strukturer för stöd till barn i familjevård, deras föräldrar och fosterfamiljerna. SHM kommer att vidareutveckla familjevårdslagstiftningen i överensstämmelse med förslagen från en arbetsgrupp.

⇒ *SHM, THL, Kommunförbundet, organisationerna, församlingarna och kommunernas utvecklingsarbete. Tidsplan: 2013–2015.*

THL hjälper kommunerna att tillämpa rekommendationerna för kvalitetskriterier inom barnskyddet. Kompetenscentren inom det sociala området stöder kommunerna i deras arbete att utveckla gemensamma modeller för vuxeninriktad service (socialt arbete bland vuxna) och barnskydd.

⇒ *THL, Kommunförbundet, organisationerna och kommunernas utvecklingsarbete. Tidsplan: 2013–2015.*

THL hjälper kommunerna och specialomsorgsdistrikten att vidareutveckla familjevården med målet att den också ska kunna tillgodose behoven i familjer med ett funktionshindrat barn eller en funktionshindrad vuxen.

⇒ *THL i samarbete med SHM, specialomsorgsdistrikten och kommunernas utvecklingsarbete. Tidsplan: 2013–2015.*

THL ska hjälpa kommunerna att stärka hemservicen och familjearbetet. SHM kommer att utveckla stödet till föräldraskap och hemservicen som ett led i revideringen av socialvårdslagstiftningen.

⇒ *THL i samarbete med SHM och kommunernas och församlingarnas utvecklingsarbete. Tidsplan: 2012–2014.*

THL hjälper kommunerna att verkställa förordning 338/2011 vad gäller hembesök. Partnerskapsarbetet på rådgivningsbyråerna stärks, särskilt för familjer som ska få sitt första barn.

⇒ *THL och kommunernas utvecklingsarbete. Tidsplan: 2014–2015.*

Effekterna av de förebyggande hälsotjänsterna för barn och unga utvärderas.

THL startar en systematisk litteraturöversikt om effekterna (inklusive kostnadseffektivitet) av förebyggande och främjande åtgärder.

⇒ *Tidsplan: 2013–2015.*

Vidare sammanställer THL publikationen "Eriarvoisuutta torjutaan jo lapsuudessa" om förebyggande service till barn och familjer och åtgärder för att förebygga marginalisering bland unga. Den är tänkt som underlag för politiska beslut.

⇒ *Tidsplan: 2012.*

III Struktur och innehåll i tjänsterna för äldre förnyas

ÅTGÄRD 6:

Strukturomvandling av tjänsterna för äldre.

Praxis för bedömning av servicebehovet förbättras och förenhetligas.

År 2012 skickar SHM och Kommunförbundet tillsammans ut ett kommuninfo om mätning av äldre personers funktionsförmåga i samband med bedömning av deras servicebehov. Innehållet följer strategierna i THL:s nätverk TOIMIA (expertnätverket för bedömning och mätning av funktionsförmågan).

Med stöd från THL modelleras 2012 en bedömning av servicebehovet inom ramen för Mellanfinlands ÄLDRE-KASTE. Modelleringen är ett led i den proaktiva verkställigheten av äldreomsorgslagen. Målet är att kommunerna ska ha personer som ansvarar för att äldre klienter och deras anhöriga eller närstående får stöd och som genomför, följer upp och samordnar vård-, service- och rehabiliteringsplanen.

I åtgärderna för att förbättra bedömningen av servicebehovet måste kommunerna och regionerna ta hänsyn till de kommande bestämmelserna som har utarbetats av arbetsgruppen för självbestämmanderätt för klienter inom social- och hälsovården. Samtidigt måste de också kunna upptäcka vård- och stödbehov som hänger samman med psykiska problem och missbruk.

Kvalitetsrekommendationen om tjänster för äldre förnyas och genomförandet inleds.

SHM och Kommunförbundet lägger fram reviderade kvalitetsrekommendationer för tjänster till äldre 2013. THL är med och förbereder och följer upp, medan rekommendationerna genomförs av kommunerna, regionerna och Kommunförbundet. Kvalitetsrekommendationerna kommer att samordnas med äldreomsorgslagen och Valvira anpassar tillsynsprogrammen till strategierna i rekommendationerna. Kvalitetskriterierna kommer att ta hänsyn till dels offentlig service, dels verksamhet i tredje sektorn och privat sektor. Dessutom uppmärksammas de äldres delaktighet när servicen planeras och utvärderas och stöd tas fram.

Samordningen av och smidigheten hos servicekedjorna förbättras. Behovet av långvarig institutionsvård minskas genom att dygnetruntvården förnyas och genom mångsidigare och flera tjänster i hemmet och rehabilitering.

Med stöd från THL genomför kommunerna och regionerna en strukturuomvandling av servicen till äldre och arbetar för smidigare servicekedjor genom:

- att stärka den breda lågtröskelrådgivningen och servicehänvisningen,
- att utveckla nya modeller och god praxis för äldres boende,
- att systematiskt investera i att främja välfärd och hälsa,
- att stödja anhörig- och närståendevården med hjälp av diversifierat stöd,
- att erbjuda flera olika typer av hjälp i hemmet och rehabilitering och ge dem utifrån personernas individuella behov, särskilt till akut sjuka och personer som kommer hem från sjukhus eller poliklinik,
- att ta fram och införa arbetsmetoder för att upptäcka psykiska problem och missbruk bland äldre och ge adekvat vård, hjälp och stöd dels som service i hemmet, dels som service inom ramen för annan mentalvård- och missbrukarvård som tar hänsyn till äldres särskilda behov (Programmet för den inre säkerheten³),
- att förbättra möjligheterna att bo kvar hemma med hjälp av rådgivning, ändringar i bostaden, hjälpmedel, dagverksamhet, kortvarig vård, växelvård och stöd från andra i samma situation,
- att öka möjligheterna att bo kvar hemma med hjälp av annan verksamhet, exempelvis stads- och trafikplanering, byggande, kultur och idrott,
- att se över heldygnsvården, exempelvis genom att avskaffa det nuvarande trestegsboendet (serviceboende med heldygnsvård, ålderdomshem, avdelning på hälsovårdscentral) och sluta med sjukhusboende inom institutionsvården,
- att testa och förankra modellen med serviceområden/servicecampus⁴,
- att fördela resurser till att förbättra primärvård för äldre med kroniska sjukdomar och införa arbetsmetoder och arbetsfördelning som stöder egenvård (ansvariga medarbetare, klientansvariga, minnessamordnare).

Målet är att se över all äldreservice enligt modellen med serviceområden och servicecampus. I översynen ingår också att stärka den förebyggande servicen och avskaffa nivåerna (eller bara ha en nivå) i långvarig heldygnsvård. Kommunerna och regionerna ska uppmuntras att anamma målen de reviderade kvalitetsrekommendationerna och påvisa förändringen med THL:s indikatorer för servicestrukturen (Sotkanet) senast 2015. THL stöder förändringen med hjälp av workshopar.

Ett utvecklingsprogram för boende för äldre bereds i samarbete med MM.

År 2012 svarar MM för programförberedelserna i samarbete med ÅRA, SHM, ANM, THL och en del andra aktörer. Samarbetet mellan aktörerna kommer att fortsätta när kommunerna och regionerna ska förankra god praxis i utvecklingsprojekten finansierade av SHM och andra projekt 2012–2015.

3 En tryggare morgondag – Program för den inre säkerheten. Inrikesministeriets publikation 32/2012

4 Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoiva -työryhmän muistio. STM, Selvityksiä 2010:28

Ett utvecklingsprogram för närståendevården bereds i syfte att stärka författningsgrunden för närståendevården och för att utveckla ett mångsidigt stöd för familjer med närståendevårdare.

En arbetsgrupp inom SHM utreder nuläge och utvecklingsbehov i närståendevården (2012–2013) och den kommer att lägga upp nya strategier för att diversifiera närstående- och anhörigvården.

Kommunerna och organisationerna ska anpassa stödet för närståendevård till de nya kvalitetskriterierna. Förändringen påvisas med hjälp av THL:s indikatorer för servicestrukturen (Sotkanet).

ÅTGÄRD 7:

Innehållet i tjänsterna utvecklas och kompetensen kring åldrande förbättras.

Ett nationellt minnesprogram genomförs. Det syftar till att främja hjärnans hälsa, förebygga minnessjukdomar, främja tidig diagnosticering, övergripande vård och rehabilitering av minnessjukdomar samt till att säkerställa en obruten vård- och servicekedja för minnessjuka och deras närstående.

SHM utarbetar en genomförandeplan för programmet för minnessjukdomar i samarbete med THL och andra nationella aktörer och beaktar samtidigt hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010), totarevideringen av socialvårdslagstiftningen och beredningen av ny lagstiftning om organisation, utveckling och tillsyn inom social- och hälsovården. Hänsyn kommer också att tas till revideringen av rekommendationerna för kvalitetskriterier för äldreomsorgen, förslagen från arbetsgruppen Ikähoiva, expertrekommendationen från nätverket Toimia, den nationella mentalvårds- och missbruksplanen, alkoholprogrammet, programmet för att utveckla närståendevården, bestämmelserna utarbetade av arbetsgruppen för självbestämmanderätt för klienter inom social- och hälsovården, programmen för att förlänga arbetslivet, rekommendationen för god medicinsk praxis vid diagnos och tidig upptäckt av minnessjukdomar och erfarenheterna från utvecklingsprojekt inom kulturellt arbete bland äldre.

Från och med 2012 verkställer kommunerna och regionerna programmet för minnessjukdomar i samarbete med THL, Kommunförbundet, organisationerna, näringslivet och andra aktörer.

I samarbete med kommunerna kommer THL att ta fram de indikatorer som föreslås i minnesprogrammet och som kommunerna och regionerna kan använda för att följa hur det nationella programmet för minnessjukdomar genomförs.

Ett nationellt projekt startas i syfte att utveckla munhälsovårdstjänsterna för äldre. En regelbunden utvärdering av näringstillståndet hos äldre främjas och tillämpningen av närings- och motionsrekommendationer för äldre effektiveras.

SHM arrangerar 2012 ett startseminarium som avser att öka informationen om munhälsans betydelse för hälsa och välbefinnande bland äldre. Vidare kommer SHM att sam-

manställa en genomförandeplan för ett planerat nationellt projekt för att förbättra munhälsovården. Projektet ska ta fram en modell för att trygga munhälsovård för äldre och stärka kompetensen inom geriatrisk odontologi.

Regionerna och kommunerna kommer att satsa på större kompetens inom munhälsovård genom förbättrat samarbete mellan social- och hälsovårdspersonal och professionella inom munhälsovård.

Via publikationer, workshopar och seminarier kommer THL, Kommunförbundet och organisationerna att uppmuntra kommunerna och regionerna att sprida information om och införa näringsrekommendationerna för äldre i vardagen. Målet är att kommunerna ska ha infört regelbundna bedömningar av näringstillståndet och kostterapi senast 2015.

Via publikationer, workshopar och seminarier ska THL, Kommunförbundet och organisationerna motivera kommunerna och regionerna att informera sina anställda och invånare om hälsosam motion. Dessutom sporras kommunerna att införliva hälsosam motion för äldre i sin välfärdspolitik och äldrepolitiska strategi. Målet är att alla kommuner ska tillhandahålla hälsomotion för äldre.

SHM samordnar revideringen av kvalitetsrekommendationerna som också ska innehålla rekommendationer om kost, munhälsovård och hälsosam motion.

Kommunerna och regionerna kan fortsatt nyttiggöra följande i sin verksamhet:

- programmet Hälsa 2015,
- kvalitetsrekommendationerna för hälsofrämjande verksamhet,
- handboken om hälsomotion för äldre och
- motionsrekommendationerna i projektet En aktiv ålderdom.

I sina projekt ska kommunerna och regionerna utveckla, testa och förankra verksamhetsformer som backar upp munhälsovård, god kostvanor, hälsosam motion, delaktighet och meningsfull sysselsättning. Kommunernas uppmanas att genom UKM:s handlingsprogram Konst och kultur ger välfärd dra nytta av resultaten från anknytande försök och projekt (exempelvis Osaattori, Kolmio och Voimaa taiteesta) finansierade av konstkommissionerna. Samarbetspartner är RAY, programmet Eloisa ikä lett av Centralförbundet för de gamlas väl, Kommunförbundet, andra organisationer och näringslivet. Verksamheten kan göra de äldres vardag smidigare och ge äldrebefolkningen större social delaktighet och meningsfull sysselsättning.

Regelbundna rutiner och redskap för medicineringsutvärdering främjas. I enlighet med Mieli-programmet byggs det upp serviceenheter som främjar den mentala hälsan och som förebygger bruk av rusmedel hos äldre.

Kommunerna och regionerna ska verkställa förpliktelse i SHM:s Kommuninfo 6/2007 från och med 2012 samt utnyttja och införa Fimeas läkemedelsdatabas för äldre och THL:s anvisningar för säker läkemedelsbehandling.

Från och med 2012 ska kommunerna och regionerna i sin service se till att äldre människors läkemedel kontrolleras minst en gång per halvår och alltid när läget förändras. Kommunerna och regionerna sammanställer modeller som utnyttjar farmaceutisk specialkompetens i utvärderingen av den samlade medicinerings. Modellerna sprids och förankras via Innoby från och med 2013.

Kommunerna och regionerna ska satsa på de äldres psykiska hälsa i överensstämmelse med planen Mieli. Det gäller att i synnerhet fokusera på att förebygga missbruk bland äldre. Modellerna sprids och förankras via Innoby från och med 2012.

Kompetensen i gerontologi, mänskliga relationer och samverkan stärks i samarbete med de aktörer som ansvarar för utbildningen.

Under ledning av SHM kommer Valvira, THL, UKM, universiteten, yrkeshögskolorna, fackorganisationerna, kommunerna, regionerna och organisationerna tillsammans att starta ett samarbete för att förbättra äldrevårdspersonalens kunskaper i gerontologi, geriatrik, mänskliga relationer, samverkan och ledarskap. SHM arrangerar den första temaworkshoppen inom 2012.

På det lokala planet samarbetar kommunerna och regionerna med universiteten, yrkeshögskolorna och organisationerna för att förbättra kompetensen i gerontologi, geriatrik, mänskliga relationer och samverkan och sprider modellerna via Innoby från och med 2012.

IV Servicestrukturen och primärservicen förnyas

Programmet stöder den planerade kommunreformen och den anknyttande reformen av servicestrukturerna inom social- och hälsovården. Delprogrammet preciseras när statsrådet har lagt fram sitt förslag till reform av servicestrukturerna inom social- och hälsovården.

ÅTGÄRD 8:

Klientorienterade serviceenheter byggs upp.

Nya klientorienterade, kostnadseffektiva vård-, rehabiliterings- och serviceenheter utformas och utarbetandet av organiseringsplaner för hälso- och sjukvården stöds.

SHM, THL och Kommunförbundet ska årligen ordna ett seminarium där erfarenheterna från service inom social- och hälsovård sammanställs. SHM ska förtydliga vem som äger serviceprocesserna när servicestrukturerna förändras. THL kommer att ta fram metoder för att beskriva och bedöma effekterna av och kostnaderna för olika typer av service inom ramen för projektet Basservice. Delegationen för rehabiliteringsärenden (KUNK) vid SHM ska effektivisera och stödja arbetsgrupperna för klientsamarbete inom rehabilitering bland annat genom att införa en rehabiliteringsportal. De regionala ledningsgrupperna i Kaste-programmet samlar in exempel på klientorienterad service.

⇒ *Tidsplan: från och med 2012.*

Kommunförbundet har upprättat ett cirkulär om planen för organisationen av hälso- och sjukvården och cirkuläret uppdateras om det behövs. SHM, THL och Kommunförbundet sammanställer sina erfarenheter av att upprätta planer för organisationen av social- och hälsovården i Innoby och lägger ut planerna i nätverken. SHM, THL och Kommunförbundet bildar nätverk för de som upprättar avtal om att organisera den specialiserade sjukvården.

⇒ *Tidsplan: från och med 2012.*

THL, SHM och Kommunförbundet stöder nätverkssamarbetet mellan primärvården enligt Kaste-områdena och kompetensenheter inom det sociala området.

⇒ *Tidsplan: från och med 2013.*

THL kommer att sprida information till allmänheten om servicen, det vill säga om tillgång, kvalitet och effekter, bland annat via sajten Palveluvaaka. Vidare inför THL kvalitetsindikatorer för social- och hälsovården. Tidsplan: från och med 2014. TTL samordnar genomförandet av kvalitetsindikatorerna för företagshälsovården.

⇒ *Tidsplan: från och med 2012.*

I kommunernas utvecklingsprojekt sammanställer, utvecklar och inför kommunerna och samkommunerna vård- och rehabiliteringspaket och nya typer av tjänster där kontaktytorna mellan aktörerna finns beskrivna tillsammans med mekanismer för att rasera skrankorna. Exempelvis service vid långvarig sjukdom, rehabilitering, psykiska problem och missbruk är den typen av service som involverar många olika aktörer.

⇒ *Tidsplan: från och med 2013.*

I utvecklingsarbetet kommer kommunerna och Kaste-projekten att ta hänsyn till den mångkulturella dimensionen. I detta syfte tar THL fram bland annat uppdaterad och proaktiv information om servicesystemet och hur det fungerar sett ur ett invandarperspektiv.

I samarbete med organisationerna och kommunerna kommer THL att ta fram verktyg för bedömning av hjälp- och servicebehovet bland personer med funktionsnedsättning. Åtgärder för att förbättra servicen till funktionshindrade stöttas i Innobyns lärandenätverk för funktionshinderfrågor.

Införandet av innovativa praxis och produktionssätt i bredbasigt utvecklingssamarbete främjas (exempelvis serviceformgivning).

SHM lägger upp strategier för klientorienterad service och vård. För Innobyn sammanställer Kommunförbundet, SOSTE och THL exempel på praxis (bland annat personer med egen erfarenhet, klientpaneler, brukarprofiler, öppen dialog mellan organisationer och offentliga aktörer) att engagera klienterna i utvärdering och utveckling av service som är anpassade till finländska förhållanden. TTL satsar på vidareutveckling av kundrelationer inom företagshälsovården tillsammans med företagshälsoenheterna och deras kunder.

⇒ *Tidsplan: från och med 2012.*

THL tar fram verktyg för att bedöma hur klientorienterad social- och hälsovården är.

⇒ *Tidsplan: från och med 2013–2014.*

I sitt utvecklingsarbete kommer kommunerna, organisationerna och företagen att tillämpa flera olika metoder som involverar användarna och deras anhöriga.

Kommunernas sektorövergripande strukturer för främjande av hälsa och välfärd stärks och den kommunala företagshälsovårdens strukturer och innehåll utvecklas.

Med stöd från THL, Kommunförbundet och Kaste-projekten kommer kommunerna fortsatt att i överensstämmelse med hälso- och sjukvårdslagen satsa på att vidareutveckla och införa verktyg och tillvägagångssätt för att förbättra strukturerna och ledarskapet för hälsa och välfärd och hälsoskydd. Med stöd från THL kommer kommunerna att förbättra arbetet för att förebygga olycksfall i hemmet och på fritiden. I överensstämmelse med planen Mieli (projektet Mielen tuki) utreder THL fungerande modeller och samordning av förebyggande och främjande mentalvårds- och missbruksarbete.

THL, Kommunförbundet och RFV ska hjälpa kommunerna att i förväg kunna bedöma hur hälsa och välfärd påverkas av deras beslut. Vidare får kommunerna stöd med att införa nya metoder.

Tillsammans med Kaste-projekten bygger THL och Kommunförbundet upp ett nätverk av samordnare med uppgift att främja hälsa och välfärd på det nationella och regionala planet. De ska bland annat ge utbildning i att främja hälsa på det regionala planet.

⇒ *Tidsplan: 2013–2015.*

SHM, TTL och Kommunförbundet ska medverka till att kommunerna kan verkställa förordningen om god företagshälsovårdspraxis och stödja större samarbete mellan företagshälsovård, primärvård och specialiserad sjukvård. Dessutom ger TTL och SHM SEITTI-modellen⁵ spridning i syfte att effektivisera den kommunala företagshälsovården och förbättra samarbetet mellan företagshälsovården och primärvården.

⇒ *Tidsplan: från och med 2012.*

ÅTGÄRD 9:

Rättvis tillgång till service enligt behov ska säkerställas.

Lagstiftningen om rätten att få vård förnyas och munhälsovårdstjänsterna utvecklas. Servicemodeller på distans införs för att säkerställa tillgången till service, till exempel webbaserade former för rådgivning och stöd, mottagningar med distanskonsultation, tjänster på hjul och teknologistöd för gruppstyrning.

SHM, THL och Kommunförbundet kommer att utreda hur det ser ut med vårdtillgängligheten enligt hälso- och sjukvårdslagen och vilka faktorer som mest påverkar vårdköerna. SHM och Kommunförbundet kommer att undersöka möjligheterna att följa upp vårdtillgången (exempelvis individuellt anpassad funktionell tid, tredje ledig tid, realtidsuppföljning av kötider). Modeller för effekterna av eventuella lagstiftningsändringar upprättas.

⇒ *Tidsplan: från och med 2012.*

SHM, THL, Valvira, regionförvaltningsverken och Kommunförbundet hjälper kommunerna att i de nya servicestrukturerna införa de modeller och incitament för vårdtillgänglighet som har utvecklats i Kaste-projekten (särskilt arbetsmetoderna i projektet Bra mottagning). SHM utreder behovet av regelstyrning vid brådskande tidsbokning (exempelvis en del av traumatologin, cancerdiagnostik och cancervård, psykiatri och brådskande tidsbeställning till missbrukarvård). Vidare ska SHM och Nödcentralverket ge anvisningar för brådskande rådgivningstjänst.

⇒ *Tidsplan: från och med 2012.*

För Innoby kartlägger THL och SHM sätt att organisera och genomföra närservice i den nya servicestrukturen. De ordnar också ett seminarium om insatser för att trygga tillgången till närservice.

⇒ *Tidsplan: från och med 2012.*

I sina utvecklingsprojekt utarbetar och inför kommunerna nya former av närservice för tidigt stöd, kundservice och jour.

⇒ *Tidsplan: från och med 2013.*

5 Modellen Regionalt samarbete för bättre arbetshälsa.

SHM förtydligar det finansiella underlaget för att utveckla, producera och driva teknikstödda tjänster.

Utarbetande och utnyttjande av vård- och serviceplaner främjas och metoder och modeller som stödjer egenvården införs. Ett samarbete byggs upp mellan kommunerna och organisationerna kring förebyggande och vård av långtidssjukdomar.

THL och utvecklingsprojekten i Kaste-programmet tar fram material i Innobyn till stöd för vård- och serviceplanerna.

⇒ *Tidsplan: från och med 2012.*

I sina utvecklingsprojekt kommer kommunerna och organisationerna att utarbeta och införa god praxis för prevention och behandling (inbegripet egenvård) av kroniska sjukdomar (hälsovinstmodellen i POTKU-projektet i Mellanfinland, erfarenheterna från Diabetesförbundets, Hjärnförbundets och Hjärtförbundets projekt Ett liv). Samarbetet mellan kommunernas och organisationernas utvecklingsprojekt intensifieras och de kommer bland annat att arrangera gemensamma planerings- och genomförandeseminarier.

Utvärderingen av kvalitativa och effektiva verksamhetsrutiner utvecklas och ett behärskat införande av fungerande rutiner, respektive avstående från rutiner som inte fungerar, uppmuntras.

THL fortsätter att utveckla Halo-programmet som ska medverka till att nya metoder införs på ett kontrollerat sätt inom hälso- och sjukvården.

Vidare utreder THL möjligheten att ge hjälp till att avskaffa rutiner som inte fungerar inom hälso- och sjukvården.

⇒ *Tidsplan: från och med 2013.*

V Data och informationssystem omformas till stöd för klienter och fackfolk

ÅTGÄRD 10:

Förnyande och utnyttjande av datalager och informationssystem stöds.

De nationella riktlinjerna för informationshantering inom social- och hälsovårdssektorns genomförs och interoperabiliteten mellan verksamhet, information, informationssystem och teknologi stärks (övergripande arkitektur) i samarbete med kommunerna och andra intressegrupper. I samarbete med Finlands Kommunförbund ges det stöd och anvisningar för utarbetandet av regionala strategier för informationshantering och hantering av den övergripande arkitekturen.

SHM och Kommunförbundet kommer att utarbeta nationella styr- och samarbetsstrukturer för informationsförvaltning. Gemensamma behov och mål sammanställs till na-

tionella utvecklingsstrategier för informationsförvaltning och systemlösningar och till strukturer till stöd för genomförandet från och med 2012.

SHM, Kommunförbundet, THL, kommunerna och samkommunerna kommer att planera en övergripande arkitektur för social- och hälsovården och en modell för hanteringen. Övergripande arkitektur innebär en metod och modell för ledarskap och planering som dels styr och stöder organisationernas arbete med att utveckla verksamheten och informationssystemen, dels ska säkerställa att data och informationssystem kan användas gemensamt och är interoperabla. Inom social- och hälsovården har nationella projekt för informationshantering och lösningar som kräver nationell samordning och synkronisering hög prioritet. Det gäller bland annat projektet KanTa för behandling av patientuppgifter, projektet KanSa för behandling av klientuppgifter inom socialvården, projektet SAdE för elektroniska tjänster till allmänheten och utvecklingsprojekt för nationell insamling av statistik och registeruppgifter.

Kommunförbundet, THL och SHM stöder och ger anvisningar för planer om regionala lösningar i informationshantering och informationssystem och start för ett samarbete kring den övergripande arkitekturen inom ramen för stödprojekt.

När organisationslagen bereds kommer modeller för att organisera det regionala samarbetet inom informationsförvaltningen att utredas. I ett projekt inom FM förbereds ett IKT-stödprogram för de förändrade kommun- och servicestrukturerna.

Nationella informationssystem understöds, exempelvis eRecept och eArkiv, och pilotprojekt som gäller de nationella definitionerna och nya modellerna för klientuppgifter som tagits fram i socialvårdens datateknologiprojekt genomförs.

I alla sina utvecklingsplaner och projekt för hälso- och sjukvård ska kommunerna och samkommunerna ta hänsyn till nationella projekt för informationssystemen (eRecept, eArkiv) och den lagstadgade tidsramen. Enheten för operativ styrning av informationsadministrationen inom social- och hälsovården (Oper) vid THL styr och samordnar genomförandet och ger kommunerna stöd.

För styrningen och expertstödet har Oper specialiserade medarbetare inom fem särskilda ansvarsområden. Deras uppgift är att stå för det regionala samarbetet och ge stöd när rikstäckande datasystem introduceras och genomförs. De deltar också i Kaste-verksamheten 2012–2015 efter överenskommelse.

Finland deltar i EU-samarbetet för att bygga upp beredskap för gransöverskridande elektroniskt utbyte av patientuppgifter.

SHM börjar bereda lagstiftning om en nationell central arkiv- och informationstjänst för klientuppgifter inom socialvården 2013.

Kommunerna stöds i utarbetandet av välfärdsberättelser och uppmuntras att utvärdera verkningarna av sina beslut bland olika befolknings- och åldersgrupper.

Under den första programperioden av Kaste har det tagits fram en modell för elektroniska välfärdsberättelser. THL, Kommunförbundet och SHM kommer att vidareutveckla innehållet i välfärdsberättelserna och se över kraven i indikatorerna för att kommunerna ska kunna använda dem som ett verktyg i planering, uppföljning och utvärdering av sin verksamhet och ekonomi. Dessutom erbjuder de kommunerna experthjälp när verktyget införs. THL, Kommunförbundet och FM kommer överens om det nationella ägarskapet till den elektroniska välfärdsberättelsen.

THL, Kommunförbundet och RFV hjälper kommunerna att proaktivt bedöma vilka konsekvenser deras beslut har för hälsa och välfärd i olika befolkningsgrupper, som metod

för att bedöma konsekvenserna för människor. THL bygger upp ett nationellt nätverk av välfärdssamordnare.

Modeller utvecklas som ska stärka beställningskompetensen och beställnings-samarbetet hos de organisationer som beställer informationssystem. Vidare utvecklas innovativ offentlig upphandling i enlighet med upphandlingslagstiftningen.

SHM, Tekes, FM och THL intensifierar sitt samarbete som finansiärer. De finansiella villkoren förtydligas och kriterier sammanställs för olika finansieringskällor.

Kommunförbundet förbereder anvisningar till stöd för kommunala aktörers IKT-upphandlingar. I de finansiella kriterierna (bl.a. SAdE) för teknikprojekt krävs det att man utreder möjligheterna för beställarna att samarbeta. Tekes satsar på större innovativitet i offentlig upphandlingar. FM uppdaterar modellen för öppen källkod.

Informationssystemlösningar som gör det möjligt att samla in aktuell och täckande statistik och registeruppgifter samt gör kunskapsledarskap möjlig understöds.

Den nationella insamlingen av statistik och registeruppgifter förbättras genom större samordning och harmoniserad datainsamling. Datainsamlingen och kunskapsledningen ska framför allt medverka till att det nationella servicesystemet inom social- och hälsovården revideras och utvecklas.

THL fortsätter att utveckla i synnerhet följande informationssystem och informationstjänster:

- Åtgärder för att permanenta registret för öppenvården (AvoHILMO) och insamlingen av uppdaterad information. Informationsproduktionen spelar en viktig roll bl.a. i uppföljningen av hur rådgivningsförordningen utfaller.
- Innehållet i vårdanmälningsregistret (HILMO) anpassas bättre till behoven inom den kunskapsbaserade ledningen.
- Den elektroniska datainsamlingen utvidgas till andra register inom social- och hälsovården.
- De nationella datalagren utvecklas för att bättre stödja serviceutveckling och åtgärder för att minska skillnader i hälsa och välfärd; jämförelser tas fram med hjälp av elektronisk rapportering.
- Nationella datalager (KanTa, KanSa) ska utnyttjas i datainsamlingen.
- Statistik- och registermaterial om olika befolkningsgrupper publiceras på etablerade webbtjänster för statistik senast 2015.
- Datasystemen ska vidareutvecklas för att möjliggöra snabb och fördelaktig insamling av statistik och registeruppgifter och underlätta kunskapsledning.
- Klassificeringen och datainnehållet i uppgifterna om social- och hälsovård ska förbättras i kommunerna information om ekonomi och verksamhet. De ska bättre beskriva servicestrukturen och vara förenliga med lagstiftningen. Vidare bör samarbetet mellan förvaltningsområdena ses över.
- TEA-viisari (information om hälsofrämjande) ska vara ett hjälpmedel för kommunerna i det hälsofrämjande arbetet.
- THL uppmuntrar kommunerna att delta i den regionala befolkningsenkäten för hälsa och välfärd (ATH).

SHM ser över lagstiftningen om rikstäckande personregister för hälso- och sjukvården och utreder om lagstiftningen angående socialvårdsstatistik som upprättas av THL behöver revideras.

I serviceledningen, -utvecklingen, -övervakningen och -forskningen ökas det nationella, regionala och lokala utnyttjandet av data om invånarnas välfärd, hälsa och service.

THL och Kommunförbundet stöder regionerna i deras arbete för att ta fram datasystem och dataprocesser för ledningen och fackfolk. Ambitionen är att få fram information som är nödvändig i kunskapsledningen.

Tjänsteleverantörerna inom social- och hälsovård ska själva utveckla sin dataproduktion för att kunna tillgodose allmänhetens informationsbehov och medverka till större valfrihet.

THL kommer att förbättra sina rapporteringsverktyg för att den som söker information själv ska kunna skräddarsy sina informationsbehov vid sökningar.

Vidare stöder THL nationella och regionala insatser för att information om välfärd, hälsa och service bland invandrare ska kunna utnyttjas bättre nationellt, regional och lokalt i kunskapsledningen och därmed också i planering, utveckling och beslutsfattande.

ÅTGÄRD 11:

Den elektroniska kommunikationen stärks.

Nationella definitioner för allmänhetens elektroniska social- och hälsovårdstjänster genomförs. En tjänstekatalog för social- och hälsovården utförs som en riksomfattande tjänst. Vidare ska det avtalas om ansvaret och strukturen för att upprätthålla och sprida allmän social- och hälsovårdsinformation till allmänheten.

Åtgärden vidtas som ett led i avsnittet om social- och hälsovårdsservice i FM:s program SAdE. Hösten 2012 söker THL kommuner och samkommuner för utvecklingspartnerskap i projektet.

Målet är att:

- Allmänheten ska ha tillgång till en elektronisk servicekatalog inom social- och hälsovården som de kan använda för att söka information om tjänsteleverantörer. Det har avsatts resurser för fortsatt arbete med och permanent uppdatering av servicekatalogen.
- Den viktigaste allmänna informationen inom social- och hälsovård tillhandahållen av myndigheter och andra, också viktiga och högkvalitativa risktest och självskattningsmetoder för hjälpbehov, produceras, uppdateras och publiceras samordnat. Det har avsatts resurser för permanent uppdatering. Informationen ska vara lätt tillgänglig via andra elektroniska tjänster.
- Det ska finnas nationella modeller för insamling och behandling av feedback från användarna. Dessutom ska datainsamlingen vid stora användarenkäter ske elektroniskt.
- Det ska ha lagts fast nationella regler för informationssäker elektronisk informationsförmedling mellan användare och tjänsteleverantör inom social- och hälso-

vården. Lösningarna för informationsförmedling ska ha införts i stor skala i kundprocesserna inom social- och hälsovården.

- Det finns nationella beskrivningar av elektronisk anamnes och tidsbokning inom social- och hälsovården: datastrukturerna för tidsbokning ska till största delen vara samordnade och de ska upprätthållas inom ramen för kodtjänsten. Tidsbokningen ska ha införts i omfattande grad för överenskomna grupper och tjänster i social- och hälsovårdens kundprocesser.
- E-tjänsterna för allmänheten ska ha utvecklats inom ramen för en större utvecklingsprocess inom social- och hälsovården. Utvecklingsprojekten ska ha bildat nätverk och information om resultaten från utvecklingsarbetet ska vara lätt tillgänglig för alla.

VI Genom ledarskap stöds förnyandet av servicestrukturen och välbefinnandet i arbetet

Delprogrammet stöder den pågående reformen av servicestrukturen. Programmet preciseras senare om det är nödvändigt.

ÅTGÄRD 12:

Ledarskapet stärks för att förnya servicestrukturen och klientorienterade arbetssätt och för att främja personalens delaktighet och välbefinnande i arbetet.

Strategiskt ledarskap och förändringsledarskap samt chefsarbetet på alla nivåer stärks när klientorienterade servicehelheter förnyas till struktur och funktion. Till stöd för ledarskapet utvecklas regionala samarbetsnätverk utifrån riktlinjerna för hur servicesystemet ska förnyas.

TTL utvecklar coachningsprogrammet för förändringsledarskap (kommunförändring, närmaste chefer) som syftar till att chefer och medarbetare ska arbeta aktivt för att förändra sitt arbete. Efter ett pilotförsök införlivas programmet i TTL:s programutbud.

⇒ *Tidsplan: 2013–2015.*

Nätverket för ledarskapsutveckling (JKV) sammanställer kvalitetskriterier för gott ledarskap inom offentlig sektor. Kriterierna läggs upp och testas i samråd med ledarskapsexperten från flera olika områden och arbetet samordnas av TTL. Vidare samlar man in erfarenheter från gott ledarskap av organisationerna. På JKV:s webbplats kommer det att läggas ut information om ledarskap och ledarskapsutveckling, evenemang, kurser, exempel och metoder i samarbete med Innobyn. Verksamheten i nätverket backar upp omstruktureringar i kommunernas och samkommunernas ledarskap.

⇒ *Tidsplan: 2012–2015.*

I sina projekt kommer kommunerna och samkommunerna att utveckla det strategiska ledarskapet och chefsarbetet i syfte att revidera hela servicetyper, inriktad verksamheten och använda resurserna effektivare och arbeta för större välbefinnande i arbetslivet när servicestrukturen omvandlas. Projekten förbättrar både den horisontella och den vertikala

integrationen av tjänsterna. Därmed kan kommunerna och regionerna använda resurserna produktivt och tillgodose befolkningens servicebehov. Integrationen kommer också att ta hänsyn till andra kommunala förvaltningar, likaså tredje sektor och privata sektor.

Utifrån den nya servicestrukturen ska kommunerna och samkommunerna bygga upp regionala samarbetsnätverk för social- och hälsovården som stöd för dels ledningen på högre nivå inom förvaltningen, dels mellancheferna och de närmaste cheferna. Tack vare nätverken kan en öppen lär- och utvecklingsmiljö skapas för att förstärka ledarskapskompetensen. Dessutom är de ett forum där samordnad praxis och gemensamma strategier kan växa fram och ges spridning.

Modeller utarbetas och förankras för att främja personalens delaktighet i att förbättra processerna. Ett mångprofessionellt sätt att arbeta och gemensamt ansvar utvecklas hos personalen i syfte att trygga en smidig klientservice.

SHM, TTL och THL sammanställer data om ledarskapsstrukturer och ledarskapspraxis som medverkar till att införa multiprofessionella arbetsmetoder med flera aktörer involverade i den nya servicestrukturen inom social- och hälsovården och gör personalen mer delaktig.

⇒ *Tidsplan: 2013.*

I sina utvecklingsprojekt kommer kommunerna och samkommunerna att ta fram nya multiprofessionella arbetsmetoder med flera aktörer involverade för att säkerställa att det finns klientorienterad service som tillgodoser invånarnas behov. Vidare kommer de att utvärdera vilken nytta klienter och klientgrupper har av de multiprofessionella teamen. Genom projekten tillförs organisationerna strukturer och praxis för ledarskap som gör det möjligt för dem att dra nytta av personalens kunskaper, när de planerar service och skapar nya serviceinnovationer och verksamheter.

⇒ *Tidsplan: 2013–2015.*

**Genom gott ledarskap främjas arbetsförmågan, deltagandet i arbetet samt för-
enandet av arbetet med livet i övrigt hos anställda i olika livssituationer och med
olika arbetsförmåga.**

TTL ger sin metod Ikävoimaa työhön och andra verktyg spridning för chefsarbetet på arbetsplatser inom social- och hälsovårdssektorn. Arbetet är delvis ett tjänsteuppdrag inom ramen för nätverket för ledarskapsutveckling och görs i större skala med hjälp av ett särskilt anslag.

⇒ *Tidsplan: 2013–2015.*

Tillsammans med sina kommunala partners kommer TTL att genomföra projekt som inför och förankrar modeller och metoder för att förbättra mångfaldsledningen i organisationerna (bl.a. nyfinländska medarbetare, arbetslivsdeltagande vid nedsatt arbetsförmåga och flexibla lösningar för att förbättra välbefinnandet), ge stöd vid återgång i arbetet efter familjeledighet, lång sjukskrivning och arbetslöshet och främja arbetsförmåga och hälsa (bl.a. karriärhantering och psykiska problem och företagshälsovårdens roll för att minska hälsoskillnader).

⇒ *Tidsplan: 2013–2015.*

Kommunerna inför och förankrar modeller och metoder som utvecklats i nationella projekt och som backar upp mångfaldsledning, deltagande i arbetslivet och sammanlänkning av arbetsförmåga och krav i arbetet.

Åtgärder som förbättrar personalens välbefinnande i arbetet genomförs. På samma gång utvärderas de funktionella och ekonomiska effekterna i samarbete mellan arbetsplatsen, företagshälsovården och andra aktörer. Det utvecklas en systematisk uppföljning av välbefinnandet i arbetet och utnyttjandet av den insamlade informationen.

Utifrån resultaten från studien Kommun 10 tar TTL fram modeller för att följa upp och gynna välbefinnande i arbetslivet i kommunerna. När utvecklingsarbetet och pilotförsöket är klara integreras modellerna i TTL:s utredningstjänst.

⇒ *Tidsplan: 2012–2015.*

I ett projekt för hälsofrämjande på arbetsplatsen har man tillsammans tagit fram en lätt, enkel och kostnadseffektiv metod (TEDI) för att förankra hälsofrämjande verksamhet i vardagen på arbetsplatserna och integrera den i organisationens strategier och processer. TTL och SHM ger modellen TEDI spridning på arbetsplatserna för att de ska kunna förbättra samarbetet med företagshälsovården. De gör också en bedömning av effekterna.

I sina utvecklingsprojekt ska kommunerna och samkommunerna ta fram sätt för att följa upp hur personal och arbetsgivare påverkas av de resurser som arbetsplatsen har satsat på välbefinnande i arbetet. Vidare kommer man att använda uppföljningsdata i större utsträckning för att gagna personalens välbefinnande.

I handlingsprogrammet Konst och kultur ger välfärd år temat 2012 "Konst och välbefinnande". Kommunerna kommer att ta fasta på de erfarenheter av tillämpad konst och välbefinnande som programmet resulterat i.

ÅTGÄRD 13:

Ledarskapet stärks för att personalen ska räcka till och för att utveckla kunnandet.

Verktyg för planering, dimensionering och uppföljning utvecklas för hantering av personalresurserna samt för nationell och regional prognostisering av personalens utbildningsbehov och för utvärdering och utveckling av personalkompetensen. Praxis för internationell rekrytering av personal förtydligas.

Tillsammans med kommunerna och samkommunerna ska Kommunförbundet, Kommunarbetsgivarna och THL skapa förfaringssätt för gemensam jämförelse som bygger på samordnade nyckeltal för personalresurser. De är tänkta att stödja ledarskapet och kunna användas för jämförelse av nyckeltal för det nationella stödsystemet.

⇒ *Arbetet utförs tillsammans med det femte delprogrammet 2013–2015.*

I sina projekt fortsätter kommunerna och samkommunerna på samma linje som den förra programperioden att utveckla och införa verktyg för hantering av personalresurser. I projektet kommer de att integrera metoder för systematisk prognostisering och utveckling av personalens kompetens enligt principerna för kompetensledning och lärande organisationer. Arbetet genomförs i samarbete med primärvården och kompetenscentren inom

det sociala området. I samarbetet kring utbildning och arbetsliv tas metoder för proaktiv rekrytering fram.

⇒ *Tidsplan: 2013–2015.*

TTL och Kommunarbetsgivarna utreder vilken praxis kommuner, samkommuner och privata tjänsteleverantörer har för att höja kompetensen hos sina anställda som kommer via köpt service och bemanningsföretag. Verksamheten styrs via kommunernas och samkommunernas multiprofessionella samarbete och integrerade tjänster.

⇒ *Tidsplan: 2013–2015.*

Kunskapsproduktionen beträffande social- och hälsovårdspersonal ska förbättras, särskilt datainsamlingen i specialupptagningsområdena. Informationen behövs i det regionala samarbete för att göra prognoser för kompetens- och arbetskraftsbehov som samordnas av landskapsförbunden. Verksamheten genomförs i samarbete med primärvården och kompetenscentren inom det sociala området.

⇒ *Tidsplan: 2013–2015.*

Tillsammans med flera andra aktörer kommer SHM att sammanställa rekommendationer för etiska principer vid internationell rekrytering av social- och hälsovårdspersonal. I arbetet ingår att som bakgrundsmaterial samla in fakta om företag som rekryterar personal utomlands och deras arbetsprinciper.

⇒ *Tidsplan: 2012–2013.*

I samarbete med utbildningsenheterna och andra aktörer skapas nationella kompetenshelheter för social- och hälsovården efter grundexamen och behovet av lagstiftning inom förvaltningsområdet bedöms i anknytning till dem.

I samarbete med utbildningsanordnarna, kommunerna och samkommunerna, UKM, Kommunförbundet, Kommunarbetsgivarna och yrkesorganisationerna kommer SHM att utarbeta ett förslag till specialiseringsutbildning inom social- och hälsovård och utreda vilken lagstiftning som behövs. Som bakgrundsmaterial beställs en utredning om utbudet på specialiseringsutbildning i social- och hälsovård vid högskolorna i Finland och vissa EU-länder och hur den finansieras.

⇒ *Tidsplan: 2012–2013.*

Mångprofessionellt lärande i arbetet främjas och arbetet med att utveckla uppgiftsbeskrivningar och uppgiftsstrukturer fortsätter.

I sina projekt fortsätter kommunerna och samkommunerna att satsa på en översyn av arbetsfördelningen och uppgiftsstrukturer och att utveckla och utvärdera exempel på god praxis i den multiprofessionella arbetskulturen. I samarbete med de berörda utbildningsenheterna utarbetar de multiprofessionella miljöer för praktik och lärande i arbete.

⇒ *Tidsplan: 2013–2015.*

4 FINANSIERING

Statsunderstöden till utvecklingsprojekt inom social- och hälsovården medverkar till att målen i Kaste-programmet kan uppnås och själva programmet genomföras. Perioden 2012–2015 är projektmedel tillgängligt till ett belopp om ungefär 58 miljoner euro. Dessutom samordnar social- och hälsovårdsministeriet tillsammans med en del finansiärer annan projektfinsiering avsedd för kommuner, samkommuner, organisationer och företag. Vidare använder en del aktörer egna medel till reformarbete i enlighet med programmet. Tabell 1 visar hur projektmedel från olika källor är förelade.

Tabell 1. Projektfinsiering ⁶ från flera källor för Kaste-programmet

Finansiär	Anslag	Understöds- tagare	Egen finansie- ringsandel	Ansökningstid	Mer uppgifter
SHM Kaste-programmet	ca 14,5 milj./ år	kommuner, sammkommuner för social- och hälso- vård	minst 25 %	31.12.2012 i framtiden 30.9	www.stm.fi/kaste
SHM Ansökningar till Institutet för hälsa och välfärd THL Anslag för främjande av hälsa	4,2 milj./år	kommuner, sammkommuner, organisationer, stiftelser, läroan- stalter och andra aktörer	avsaknad ska motiveras	projektförslag i mitten av juni	http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/palvelut/terveyden_edistamisen_maararaha
SHM Ansökningar till THL OPER	n. 3,5 milj./ år	kommuner och sammkommuner	preciserar senare	31.10 i framtiden 28.2 och 31.10	
FM Ansökningar till THL SADe-programmet	ca 4 milj.	kommuner och sammkommuner	minst 25 %	31.10.2012	www.thl.fi/sadesote
UKM Ansökningar till UKM och närings-, trafik- o. miljöcentraler	varierar enligt understöd	varierar enligt understöd	varierar enligt understöd	varierar enligt understöd	http://www.minedu.fi/OPM/Avustukset/index.html
Tekes Programmet Innova- tioner i social- och hälso-vårdens service	understöd eller lån ca 50 milj.	alla andra förutom privatpersoner	50–65 %	kontinuerlig ansökning	www.tekes.fi/ohjelmato/sosiaalijaterveyspalvelut
PAF Projektunderstöd	ca 50 milj./år	allmännyttiga sam- fund och stiftelser	0–70 %	nya projekt 31.5, fortsatta projekt 30.9	www.ray.fi/fi/jarjestot
ESF Ansökningar till SHM, UKM och närings-, trafik- och miljöcentraler 2014–2020	under program- perioden I miljard	alla andra förutom privatpersoner	preciserar senare	preciserar senare	www.stm.fi/vireilla/rahoitus_ja_avustukset/eun_rakennerahastot www.minedu.fi/OPM/EU-asiat/EU-rakennerahastot/ohjelmato/

⁶ Endast en del av den projektfinsiering som ansöks om hos andra instanser än SHM används enligt riklinjerna för Kaste-programmet.

Inom 2012 kommer social- och hälsovårdsministeriet att tillsätta en arbetsgrupp bestående av företrädare för projektfinansiärerna. Den ska samordna den projektfinansiering som är avsedd för att utveckla social- och hälsovården.

Social- och hälsovårdsministeriet har gett ut en projekthandbok⁷ som innehåller de principer och metoder som ska följas när statsunderstöd söks och beviljas vid utvecklingsprojekt inom social- och hälsovården, när projekten administreras och genomförs och när de rapporteras. Utbetalningen av statsunderstöden och projektadministrationen sköts centralt av Regionförvaltningsverket i Sydvästra Finland. Tillsammans med regionförvaltningsverket bevakar social- och hälsovårdsministeriet hur projekten fortskrider innehållsligt och hur projektmedlen används.

⁷ Statsunderstöd till utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården 2012–2015. Projekthandbok, SHM, Publikationer 2012:19

5 UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING

Programnivå

Det följs upp och utvärderas halvårsvis hur programmet genomförs och målen uppnås. För varje delprogram finns det utfallsindikatorer för samhällseffekterna och processindikatorer som närmare beskriver hur åtgärderna i Kaste har utfallit och hur praxis har ändrats. Med indikatorerna följs det upp hur programmet fortskrider, och prioriteringar justeras om det behövs. Utfallsindikatorerna läggs ut på THL:s tjänst Sotkanet där de kan bevakas nationellt och regionalt. En del av indikatorerna har också införlivats i THL:s webbtjänst Hyvinvointi-kompassi.fi för att generera en bild av hur befolkningen mår. En del av processindikatorerna är av den karaktären att information bara kan samlas in genom särskilda studier.

Informationen om hur programmet och delprogrammen avancerar, samarbetet med kommunerna och aktörerna utfaller och projektmedlen är fördelade kompletteras genom externa utvärderingar.

Projektnivå

Den som administrerar ett program enligt Kaste-programmet som får statsunderstöd ansvarar för att det görs en projektutvärdering under projektiden. Målet är att sälla fram exempel på god praxis och nya handlingsmodeller och att peka på effekter. THL har en expertgrupp för utvärderingsstöd och den stöder projektutvärderingar tillsammans med de som ansvarar för delprogrammen och lärandenätverken i Innobyn. I sin interaktionsstyrning backer THL upp samarbetet med utbildningsorganisationer och regionala och nationella forsknings- och utvecklingsenheter för att förstärka projektutvärderingen och utvärderingskompetensen. THL har gett ut rapporten Näkökulmia arviointiin – Kaste-ohjelman valtionavustushankeet (THL, Raportteja 33/2012) som underlag för projektutvärdering.

6 INNOBYN

Innoby⁸ stöder genomförandet av Kaste-programmet och erbjuder verktyg för utvecklingsarbetet. Projekt som får projektfinansiering är skyldiga att ha nära samarbete med Innoby som är en gemensam innovationsmiljö för aktörer och utvecklare inom social- och hälsovårdsområdet. Där kan de ta fram nya idéer och innovationer och ge fungerande praxis större spridning. Innoby är öppen och kostnadsfri och den möjliggör samverkan, fritt utnyttjande av utvecklingsresultat och effektiv resursanvändning.

Innoby erbjuder kunskap och stöd i alla faser av utvecklingsarbetet för att exempel på god praxis och verksamhetsmodeller ska få spridning och införas snabbare och mer heltäckande. På idéstadiet kan de projektaktiva dra nytta av all den information som finns samlad i Innoby om vad som utvecklas och vem som utvecklar i andra delar av landet. I Innoby kan projektansvariga hitta partners för innovationer, webbaserade verktyg och arbetsytor för gemensam utveckling. Innoby kommer att centraliserat lägga ut information om metoder för utveckling och utvärdering. Dessutom finns där forum och arenor för att sprida lovande och fungerande metoder.

Projektbanken registrerar utvecklingsprojekt inklusive resultat. Verktöget för utveckling och utvärdering är en utvecklingsplattform där utvecklingsprocesser för exempelvis tjänster, servicestrukturer, arbetsmetoder och ledarskap kan bearbetas i realtid. Utvecklingsbehoven och utvecklingsmålen kan struktureras, framtagna lösningar modelleras och introduktionen och utvärderingen av nya modeller planeras och genomföras. Lärandenätverken i Innoby och deras tutorer arrangerar workshopar kring utvecklingsverksamheten. Innoby har också utvecklings- och utvärderingsmetoder och tillhandahåller arbetsytor för nätverken. På olika evenemang, bland annat Innomarknaden, marknadsförs och sprids utvecklingsresultaten.

8 www.innokyla.fi

7 TILLSYN

Valvira och regionförvaltningsverken utövar tillsyn över social- och hälsovården. Också kommunerna utövar tillsyn över socialvårdsenheter som finns kommunerna. Dessutom svarar de för att den service de har lagt ut på exempelvis privata leverantörer är korrekt.

Tillsynen är systematisk och metodisk och fokus flyttas från reaktiv till proaktiv tillsyn. Den proaktiva tillsynen vidareutvecklas med hjälp av två nya instrument, egenkontroll och tillsynsprogram. Egenkontrollen ingår i kvalitetsledningen på enheten och i verksamheten och avser systematisk egenkontroll av tjänsteleverantörerna. Utifrån planen för egenkontroll och planen för patientsäkerhet övervakar tillsynsmyndigheterna hur egenkontrollerna utfaller.

Tillsynen över Kaste-programmet utövas av Valvira och regionförvaltningsverken i gemensamma tillsynsprogram. Med hjälp av programmen kan de samordna sin praxis för tillstånd, styrning och tillsyn i hela landet. Tillsynsprogrammen är också ett stöd för egenkontrollen och verksamhetsenheterna kan ta hjälp av dem när de sammanställer sina planer för egenkontroll.

Enligt Kaste ska tillsynen särskilt inriktas på följande:

- uppföljning av hur lagen om organisation av social- och hälsovården (under beredning) verkställs,
- tillgången till basservice och
- kvaliteten på vård, omsorg och boendeservice som fungerar dygnet runt.

I överensstämmelse med tillsynsprogrammen kommer tillgången till icke-brådskande vård och till förebyggande vård för barn och unga att övervakas 2012–2014. Preventiva tjänster för barn och unga och tillgången till dem kommer att samordnas genom tillsynsprogrammen.

År 2012 står rådgivningsverksamheten, social- och studerandehälsovården, de omfattande kontrollerna i preventiv munhälsovård för barn och unga och den samlade skolhälsovården på tur i tillsynen, som förordningen föreskriver.

Ett program för tillsyn över fristerna för utkomststöd är klart för 2012–2014. År 2012 blir ett program för tillsyn över innehållet och processerna i utkomststödet och ett program för fristerna och processerna i barnskyddet klara.

För vård, omsorg och boendeservice dygnet runt finns följande tillsynsprogram:

- 1) Tillsynsprogram för boendeservice dygnet runt för personer med funktionsnedsättning 2012–2014,
- 2) Tillsynsprogram för boendeservice dygnet runt inom mentalvården och missbrukarvården och institutionsvård inom missbrukarvården 2012–2014,
- 3) Tillsynsprogram för vård och fostran dygnet runt (vård utom hemmet) 2012–2014. Här ligger fokus på självbestämmanderätten (inkl. inskränkande åtgärder) och egenkontroll 2012.

Tillsynsprogrammet (2012–2014) för service och vård i hemmet täcker in äldre, barnfamiljer och personer med funktionsnedsättning. Tillsynsprogrammet för heldygnsvård och heldygnsomsorg inom äldreomsorgen uppdateras så snart kvalitetsstandarderna för äldre-

omsorgen har setts över och den så kallade äldreomsorgslagen är klar. Tillsynsprogrammen för service till funktionshindrade och för våld i nära relationer och våld i familjen är nya och de kommer att utarbetas 2013. Fokus ligger i allt högre grad på metodisk och systematisk proaktiv tillsyn.

För att tillsynsprogrammen ska kunna genomföras, följas upp, utvärderas och utvecklas behövs det bakgrundsanalyser och utredningar om läget i hela landet. Tillsynsmyndigheterna har informationssamarbete med Institutet för hälsa och välfärd men de samlar också själva in information. Fokus sätts i allt större utsträckning på metodisk och systematisk proaktiv tillsyn genom tillsynsprogram.

8 INFORMATION OCH KOMMUNIKATION

Mål och principer

Målen med Kaste-programmet stöds genom aktiv och proaktiv kommunikation och intressentarbete. Dessutom involveras de viktigaste aktörerna i programgenomförandet. Vidare rapporteras det hur programmet avancerar och vilka resultat det ger. Informationen och kommunikationen sker i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet och verken under ministeriet, Kommunförbundet, organisationerna och de regionala ledningsgrupperna.

Bärande principer är tillförlitlighet, förutsägbarhet, öppenhet och växelverkan. Andra viktiga principer är jämlikhet, partnerskap och effektivitet. Information ges på finska, svenska och delvis också på engelska.

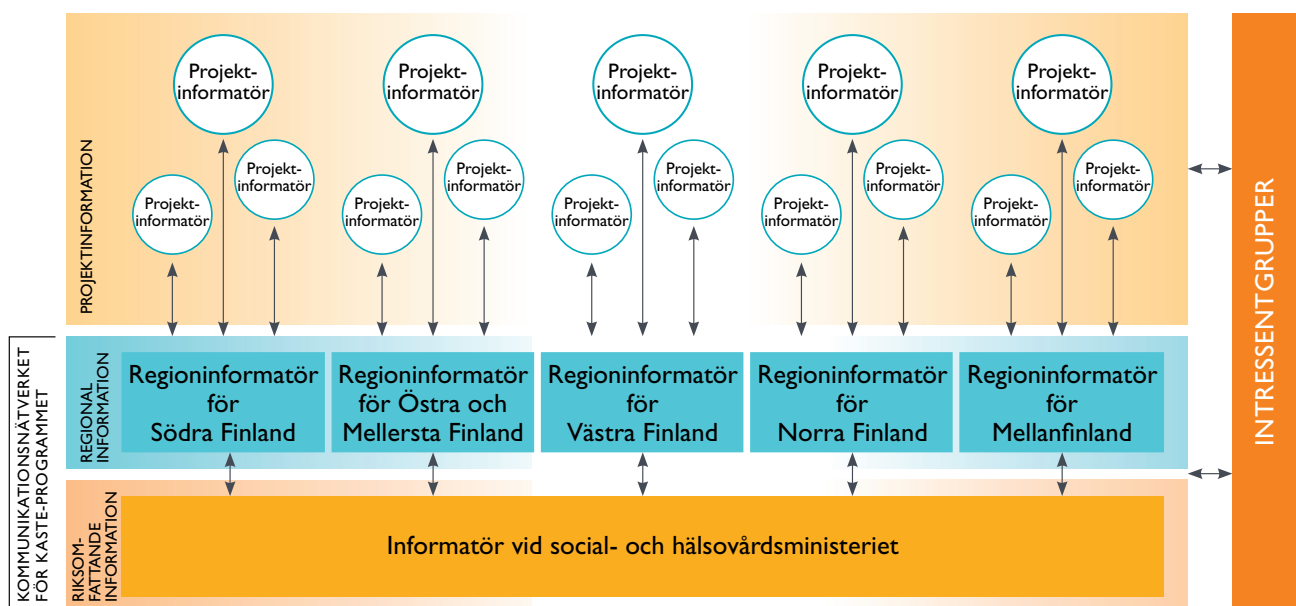
Ansvar och organisation

Delegationen för social- och hälsovård ska lägga upp strategierna för kommunikation och samarbete med intressenter. Den följer också upp hur strategierna utfaller. Social- och hälsovårdsministeriet planerar den rikstäckande informationen och kommunikationen tillsammans med delegationen för social- och hälsovård och ledningsgruppen för Kaste.

De regionala ledningsgrupperna ska informera om och förankra programmet i sina regioner. Varje ledningsgrupp utser en informatör som ska medverka i informationen och kommunikationen och vara konsult i informationsfrågor för regionala projekt. Regioninformatörerna ska också upprätta kommunikationsplaner för sina regioner och bevaka hur de genomförs.

Projekten ska själva svara för information och kommunikation både regionalt och rikstäckande.

Informationen om Kaste-programmet samordnas av ett kommunikationsnätverk bestående av proffs inom området. I nätverket ingår en företrädare för kommunikationsenheten på social- och hälsovårdsministeriet, informationsansvariga på de åtgärdsansvariga organisationerna och regioninformatörerna.



Figur 2. Informations- och kommunikationsansvar i Kaste-programmet.

Kärnbudskap

I informationen används sammanfattande kärnbudskap av följande typ:

- Skillnaderna i välbefinnande och hälsa måste bli mindre.
- Delaktighet, välbefinnande och hälsa måste förbättras i riskgrupperna.
- Våldet i nära relationer och våldet inom familjen måste minska.
- Kaste-programmet är ett samarbetsprojekt som utvecklar social- och hälsovården i Finland.
- Service ska ordnas klientcentrerat.
- Allmänheten måste kunna lita på att servicen håller hög kvalitet och ger effekt.
- Servicestrukturerna måste bli ekonomiskt hållbara och fungerande.
- Ledarskap genererar fungerande service och kunnig personal som mår bra.

Partner och målgrupper

Samarbetet med intressenterna spelar en stor roll för genomförandet av programmet. Merparten av intressenterna har ett uppdrag i genomförandeplanen. Viktiga intressenter är följande: Kommunförbundet, Institutet för hälsa och välfärd (THL), Arbetshälsoinstitutet (TTL), Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira), regionförvaltningsverken, kompetenscentren inom det sociala området, sjukvårdsdistrikten, kommunerna och samkommunerna, Penningautomatföreningen (RAY), SOSTE social och hälsa rf, social- och hälsovårdsorganisationer, övriga ministerier och förvaltningsområden, läroanstalter, Sitra, Tekes, medier och allmänheten.

Åtgärder

Programmet utfaller väl om alla aktörer förbinder sig att genomföra det. Aktörerna satsar på systematisk information och kommunikation och väger in målgruppernas behov. Bland annat följande metoder tillämpas:

- meddelanden, informationsmöten, bakgrundsinformation, skrivna av experter/beslutsfattare, artiklar, krönikor, nyhetsbrev,

- rikstäckande och regionala webbsidor,
- publikationer och broschyrer, rollups, Power Point-presentation, tidningen Tesso,
- evenemang för intressenter.

Det gäller att vara extra aktiv i internkommunikationen och påverkansåtgärderna. Information om programmet ges bland annat på aktörernas intranät och tillställningar för personalen. Programmet följs upp och rapporteras regelbundet i organisationernas ledningsgrupper och beslutsfattande organ.

En grupparbetsyta är en av metoderna i den interna informationen om Kaste. Där kan man lägga ut viktiga meddelanden (t.ex. beslut, protokoll, nyheter, informationsmaterial, visuella element) för de viktigaste aktörerna.

Informations- och intressentkalender

En informations- och intressentkalender kommer att utarbetas och den ska uppdateras regelbundet. Den kommer att vara tillgänglig på grupparbetsytan för Kaste-programmet.

Grafisk profil, termer

Kaste-programmet har en avskalad grafisk profil där det ingår en logotyp med bestämda färger. Det finns också en Powerpoint-mall och rollups. Namnet på programmet ska skrivas Kaste-ohjelma, Kaste-programmet. I all information och kommunikation används den visuella profilen.

Resurstilldelning

Två avdelningar på social- och hälsovårdsministeriet (avdelningen för främjande av välfärd och hälsa och avdelningen för social- och hälsovårdstjänster) avsätter anslag för centraliserad information. De organisationer som samordnar programåtgärder ska också avsätta medel för information och kommunikation.

Basal information för hela landet (meddelanden, informationsmöten) ordnas av social- och hälsovårdsministeriet som tjänsteuppdrag. Webbplatsen designas i samarbete med kommunikationsenheten och gruppen för planering och uppföljning på avdelningen för främjande av välfärd och hälsa. Gruppen svarar för att webbsidan ger riktig och uppdaterad information. Kommunikationsenheten svarar för det praktiska arbetet.

De regionala ledningsgrupperna ska avsätta personella resurser och pengar för information och kommunikation på det regionala planet. Vad som ska ingå skrivs in i projektplanerna och de projektansvariga ska avsätta adekvata resurser för informationen och kommunikationen.

Uppföljning och utvärdering

Via sin mediebevakning följer social- och hälsovårdsministeriet dagligen upp vilket genomslag informationen får. Delegationen får regelbundna informationsrapporter. De regionala ledningsgrupperna bevakar informationen i sina regioner och rapporterar till den nationella delegationen. Hur informationen har utfallit kommer att utvärderas när det görs en samlad utvärdering av programmet.

BILAGA I

GENOMFÖRANDEORGANISATIONEN FÖR KASTE-PROGRAMMET



BILAGA 2

REGIONALA GENOMFÖRANDEPLANER

Innehåll

Regional genomförandeplan för Norra Finland.....	48
Regional genomförandeplan för Södra Finland.....	57
Regional genomförandeplan för Östra och Mellersta Finland.....	65
Regional genomförandeplan för Västra Finland.....	71
Regional genomförandeplan för Mellanfinland.....	80

REGIONAL GENOMFÖRANDEPLAN FÖR NORRA FINLAND

I BAKGRUND OCH MÅL

Aktiva och friska människor som mår bra i kombination med en säker miljö, omgivning och livssfär ger både de enskilda och samhället större livskraft. Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården avser att ge människor större välfärd och bättre hälsa och förebygga marginalisering. Syftet med den kommunala social- och hälsovården, inbegripet välfärdstjänster i ett vidare perspektiv, är att i respektive kommuner genomföra utvecklingsprogrammet i samråd med andra aktörer. Bland de viktigaste samarbetsparterna märks organisationer, företag, utbildnings- och forskningsinstitut och många statliga aktörer. Denna genomförandeplan lyfter fram de största utvecklingsbehoven i Norra Finland och utmanar aktörerna att utveckla servicen tillsammans med kommuninvånare, patienter och klienter.

Från dåtid till nutid

Kaste-programmet har stött arbetet med att genomföra de nordfinländska kommunernas och landskapsförbundens välfärdsstrategier, och mellan 2008 och 2011 satsade Norra Finland målmedvetet på att genomföra programmet. Vi har slutfört åtta projekt och dessutom deltagit i ett flertal projekt i andra delar av landet genom särskilda delprojekt. Dessutom har vi genomfört Kaste-programmet i samarbete med en del organisationer tack vare bidrag från RAY. Projekten har koncentrerat sig på att utveckla servicen till barn, unga och barnfamiljer, mentalvård och missbrukarvård, service till samerna, åtgärder för att förebygga marginalisering och välfärds- och hälsofrämjande service. Dessutom har vi satsat på att förbättra vård- och servicekedjorna mellan hemmet, basservicen och specialistservicen. Vidare har Norra Finland sökt lösningar på servicestrukturerna, exempelvis kontaktytorna mellan primärvård och socialvård och på nya bestående förfaringssätt, också i samarbetet i gränsområdena, särskilt vad beträffar service på samernas eget språk. Planeringen stötts av den nya elektroniska välfärdsberättelsen som har införts på bred front i hela landet och av ett nationellt verktyg för kommuner och samkommuner som tas fram 2012–2015.

Under verksamhetsperioden har samarbetet mellan kommunerna och samkommunerna å ena sidan och organisationerna å andra sidan intensifierats. I ett så tidigt stadium som möjligt har projekten velat dra nytta av organisationernas verksamhet och engagera organisationerna i utvecklingsarbetet. Den regionala ledningsgruppen har understrukt att samarbetet mellan olika aktörer bör intensifieras ytterligare och nya former för samarbete i utvecklingsarbetet skapas.

I Norra Finland finns Institutet för hälsa och välfärd och Arbetshälsoinstitutet, tre kompetenscentra inom det sociala området (Poske, Sonet Botnia och ISO) Uleåborgs universitet, Lapplands universitet och ett flertal yrkeshögskolor med utbildning inom social- och hälsovårdssektorn, yrkesutbildningsanstalter och skolcentra. Vi samarbetade i viss utsträckning med dem kring programmet och/eller i projekt den förra Kaste-programperioden. Samarbetet behöver förbättras också med nya aktörer, bland annat primärvårdsenheterna i sjukvårdsdistrikten. Vidare kommer samverkansformerna mellan olika aktörer och kommuner och samkommuner att breddas.

Norra Finland i ett nötskal

I Norra Finland ingår fyra landskap i Kaste-programmet: Mellersta Österbotten, Norra Österbotten, Kajanaland och Lappland. I slutet av 2011 hade de tillsammans 729 999 invånare. I Mellersta Österbotten, och i synnerhet i Norra Österbotten, finns det kommuner där andelen barn, unga och barnfamiljer fortfarande utgör en relativt stor andel av befolkningen. I hela Norra Finland finns det kommuner där andelen äldre i befolkningen ökar. Detta gäller särskilt Kajanaland och Lappland (tabell 1 och 2, sidan 55–56).

I Norra Finland har flyttningen gått i riktning mot större centralorter och bland landskapen särskilt till Norra Österbotten. På utbildningsorter ger det å ena sidan positivt utslag i antalet unga studerande, men å andra sidan anhopas ungdomsarbetslösheten på orterna. Dessutom kräver förändringarna i försörjningskvoten, den åldrande befolkningen, den vidsträckta glesbygden och de långa avstånden stor omstrukturering och utveckling i servicen.

Geografiskt sett är Norra Finland ett mångfasetterat område. På grund av kommunernas befolkningstäthet och yta varierar avstånden stort. I Kaste Norra Finland ingår det många glesbebyggda områden, särskilt i Lappland och Kajanaland. Mellersta Österbotten och Norra Österbotten har däremot fler tätbebyggda städer och kommuner. I norra delen av Lappland finns samernas hembygdsområde. (Finansministeriet 2011, 269–335)

Regionen har ordnat social- och hälsovården på många olika sätt. I Mellersta Österbotten och Norra Österbotten är det främst kommunerna och samkommuner för social- och hälsovård som står för servicen. I Kajanaland finns det ett landskap som är samkommun för social- och hälsovården. I Lappland ordnas servicen av kommunerna. Vidare har Norra Finland fem sjukvårdsdistrikt för specialiserad sjukvård. Servicestrukturerna har lagts om och reformarbetet fortsätter.

Syftet med genomförandeplanen

Syftet med denna regionala genomförandeplan som verkställs av den regionala ledningsgruppen för Norra Finland är att komprimerat beskriva de behov, prioriteringar och åtgärder som Norra Finland vill inrikta utvecklingsarbetet inom Kaste-programmet på. Utvecklingsåtgärderna kommer att ta hänsyn till särskilda behov, exempelvis att utveckla servicen på samiska i överensstämmelse med det nationella programmet.

Åtgärderna i det genomförandeprogram som presenteras i genomförandeplanen är tänkta att leva upp till de förväntningar på utveckling av social- och hälsovården som läggs fram i Kaste-programmet och den nationella genomförandeplanen. Programmet har utarbetats och kommenterats av medlemmarna i den regionala ledningsgruppen, landskapsförbunden, Kaste-projekten i Norra Finland och många andra, bland annat personer och partner som deltagit i organisationernas evenemang eller andra tillställningar. Avvägningarna i denna plan får också stöd i den öppna webbaserade enkäten webropol från 2010 (n = 155) och svaren i en enkät för allmänheten (n = 220) från den regionala Kaste-genomgången i Uleåborg våren 2012.

2 RIKTLINJER, PRIORITERINGAR OCH ÅTGÄRDER FÖR UTVECKLING AV SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN I NORRA FINLAND 2012–2015

Det samlade utvecklingsarbetet inom social- och hälsovården bygger på den nationella genomförandeplanen och delprogrammen där. Den regionala genomförandeplanen har lagts upp med hänsyn till nationella prioriteringar och åtgärder. De regionala prioriteringarna i denna genomförandeplan beskriver sex programrelaterade utvecklingsobjekt där den regionala ledningsgruppen förbinder sig att vidta åtgärder 2012–2015 i Norra Finland.

Utifrån arbetet under den förra Kaste-programperioden vill den regionala ledningsgruppen i Norra Finland dessutom lyfta fram fyra genomgående teman som bör främjas i alla prioriterade insatsområden. De fyra teman är klientcentrering, jämlikhet i välfärd och hälsa, mångfald i aktörskapet, förutseendet arbetssätt och effektivitet.

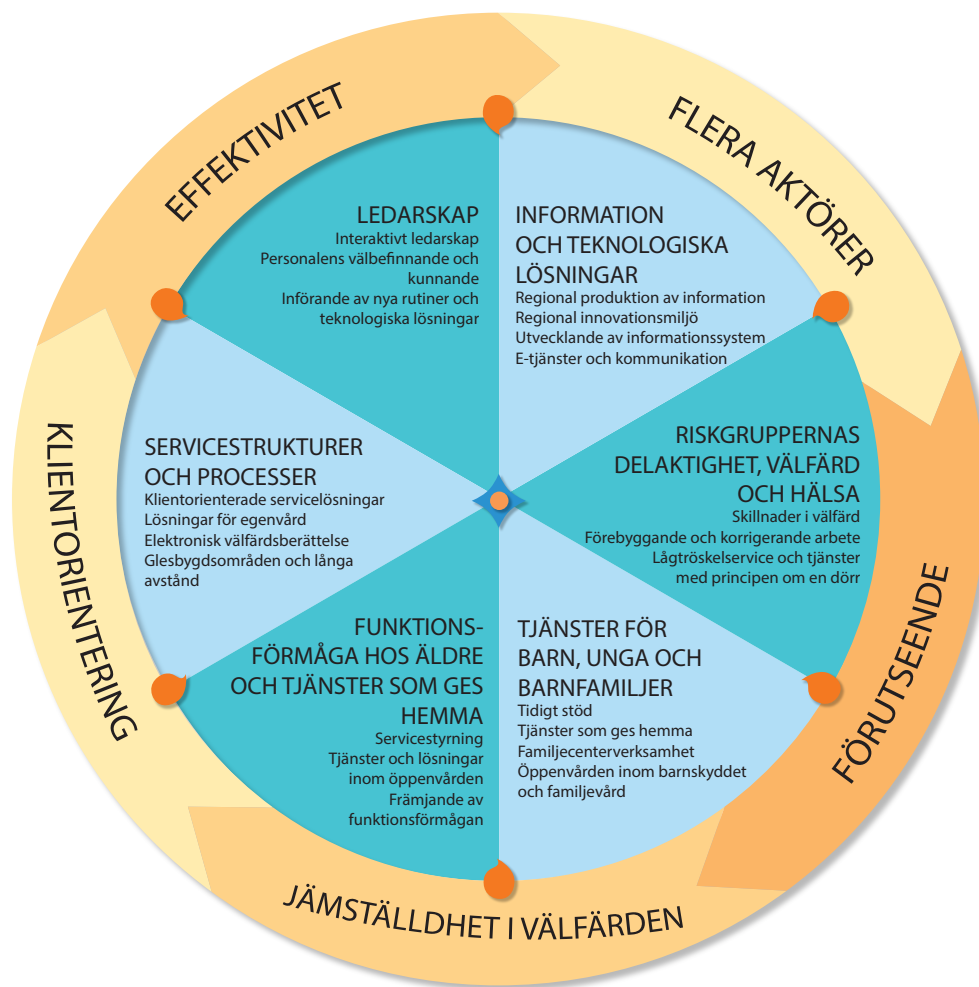
Klientcentreringen behöver nya perspektiv på social- och hälsovården. De som anlitar servicen bör vara jämlika aktörer och i allt högre grad experter på sin serviceprocess. Service är ett resultat som uppkommer i växelverkan mellan klient och personal under serviceprocessens gång.

Mångfald i aktörskapet innebär att tjänster producerats mer diversifierat (vid sidan av det allmänna tillhandahålls tjänster av privata leverantörer, organisationer och frivilliga) och att invånarna har valfrihet.

Förutseende, proaktivt sätt att tänka och handla säkerställer att vi förbereder oss för framtiden. Arbetet kan stödjas genom att det satsas på kunskapsproduktion och kunskapernas nyttiggörs strategiskt och systematiskt.

Jämlikhet i välfärd och hälsa är en viktig aspekt i reformen av social- och hälsovården. Utvecklingsarbetet eftersträvar större jämlikhet i välfärd och hälsa mellan medborgarna.

Effektivitet och kostnadseffektivitet måste också krävas i utvecklingsarbetet. Med begränsade resurser bör man eftersträva att göra så mycket som möjligt på rätt sätt. I sista hand måste servicen generera välfärdseffekter för både individen och kollektivet.



Figur 1. Kaste-programmet 2012–2015 i Norra Finland

Den regionala ledningsgruppen för Norra Finland kommer att främja utvecklingen inom social- och hälsovården 2012–2015 enligt det genomförandeprogram som presenteras nedan (jfr figur 2, sidan 55).

2.1 Riskgruppers delaktighet, välfärd och hälsa

Denna Kaste-period förväntar vi oss att vissa utvalda åtgärder ska ge effekt vad gäller minskade skillnader i välfärd och hälsa bland riskgrupper och insatser för att förebygga marginalisering. En av de centrala frågorna är att ge människor i olika åldrar större delaktighet och att stärka gemenskapen. De tidigare åtgärderna för att förbättra sysselsättningen bland unga och arbetsföra personer fortsätter, likaså programmet för att avskaffa långvarig bostadslös-het. Vidare fortsätter arbetet med att ta fram nya modeller för vård vid psykiska problem och missbruk och utveckla socialt arbete bland vuxna.

Åtgärder:

- 1) Preventiva och reparativa bastjänster inom mentalvård och missbrukarvård stärks och förbättras, bland annat lågtröskeltjänster och alla tjänster över en disk (principen "en dörr in"). Organisationernas modeller för lågtröskelservice samt familjerehabilitering ges spridning. Vidare kommer webb- och videoservicen att förbättras

i samråd med organisationerna. Modeller med social rehabilitering och ansvariga personer testas med gemensamma rehabiliteringsplaner för social- och hälsovården och specialistservice inom missbrukarvården som verktyg. Utvärderingen av beroendepsykiatri utvecklas.

- 2) Valfärdsförbättrande och beroendeförebyggande gruppverksamhet kommer att tas fram och serviceanvändarna ska bli mer delaktiga genom att organisationernas modell med egnerfarna tutorer och verksamheten med utvecklande klienter knyts till planering, genomförande och utvärdering av tjänster.
- 3) För basservicen inom social- och hälsovården kommer det att satsas på modeller med arbetspar, exempelvis vid service i hemmet för äldre. Vidare ska rådgivningen i social- och hälsovårdsfrågor förbättras och jouren på hälsovårdscentralerna få större kompetens i missbruksfrågor.

2.2 Tjänster för barn, unga och barnfamiljer

I servicen till barn, unga och barnfamiljer fokuseras verksamheten på uppväxt- och utvecklingsmiljöer. Tanken är att utvecklingsarbetet ska ge positiva effekter för välfärd och hälsa och förhindra att målgrupperna marginaliseras. Problem ska upptäckas i ett så tidigt stadium som möjligt och effektiva modeller och metoder sättas in. Dessutom ska servicen till barn och unga planeras, genomföras och beslutas systematiskt med datainsamling som underlag.

Åtgärder:

- 1) Modellerna för preventivt och tidigt stöd förankras i välfärdstjänsterna och barnen och de unga får stöd i sin egen uppväxt- och utvecklingsmiljö (hem, daghem, skola, webben m.m.).
- 2) Åtgärder vidtas för att kommunerna och samkommunerna ska införa modellen med familjecentraler.
- 3) Öppenvård och familjevård inom barnskyddet, stöd till skilsmäsofamiljer och service i hemmet utvecklas.

2.3 Äldres funktionsförmåga och service i hemmet

Äldre funktionsförmåga och service i hemmet kommer att förbättras och utvecklas med hjälp av metoder som hjälper äldre att bo kvar hemma. Åtgärderna måste medverka till en omstrukturering av äldreservicen och ge den nytt innehåll samt öka kompetensen i äldreomsorg. De eftersträlvade effekterna är tänkta att nås bland annat genom bättre bedömning av servicebehovet, översyn av vård- och serviceplanerna och stödåtgärder till närstående vården.

Åtgärder:

- 1) Smidiga, förebyggande och rehabiliterande stödtjänster tas fram för att äldre ska kunna behålla sin funktionsförmåga. Dessutom satsar man på öppenvårdsmodeller som hjälper de äldre att klara sig på egen hand hemma längre – eller med visst stöd.
- 2) De rehabiliterande servicekedjorna för äldre ses över, och särskilt minnessjuka beaktas.
- 3) Data samlas in systematiskt och används för att stödja det klientorienterade greppet.
- 4) Åtgärder vidtas med hänsyn till att servicen till samerna på deras eget språk bör förbättras.

2.4 Servicestrukturer och processer

Syftet med att se över servicestrukturer och serviceprocesser är att tillgång, tillgänglighet och effekter i servicen ska förbättras. Särskilda insatsområden är klientorienterade tjänster och modeller. De kommer att utvecklas genom att resurstilldelning, upphandling och produktion förnyas inom offentlig, tredje och privat sektor. Tanken är att självservicen ska bli bättre, bland annat med adekvata tekniska lösningar, och att tjänster ska finnas och vara tillgängliga också i glesbygd och områden med långa avstånd. Den elektroniska välfärdsberättelsen ska bli bättre för att kunna stödja översynen av servicestrukturer och serviceprocesser.

Åtgärder:

- 1) Social- och hälsovården ska ses över med hjälp av tekniska lösningar och ett välfärdsdatanät med en användarvänlig plattform för egenvård. Kommuninvånarna och egnerfarna tutorer engageras i planeringen via en serviceportal.
- 2) Servicen till personer med stort stödbehov kommer att bli bättre genom att tillgången och tillgängligheten till specialiserad service förbättras i glesbygd och områden med långa avstånd, bland annat med hjälp av teknik och virtuella och rörliga tjänster.
- 3) Möjligheterna att få vård och service över riksgränser främjas, särskilt för samer i Nordkalotten (Sverige och Norge).

2.5 Kunskap och tekniska lösningar

Prioriteringen kunskapsproduktion och tekniska lösningar har nära samband med utvecklingsarbetet inom andra prioriterade områden. Åtgärder för att stärka den regionala kunskapsproduktionen och ta fram nya tekniska lösningar är ett viktigt stöd i annat utvecklingsarbete och integreras i alla åtgärder. Med större kunskapsproduktion på det regionala planet kan servicen bli mer klientorienterad och behovsinriktad. Tanken med datateknik och nya tekniska lösningar är att de ska generera dels nya innovativa lösningar för framtida social- och hälsovård, dels konkret nytta för klienter, anställda och servicesystem.

Åtgärder:

- 1) Lösningar för regional kunskapsproduktion tas fram. Samtidigt samlas erfarenheter in som ett led i utvecklingsarbetet. Dessutom tar man fram nya metoder för att höra kommuninvånarna, samla inom feedback från allmänheten och öka delaktigheten i samarbete med en rad aktörer; kompetenscentren inom det sociala området, primärvårdsenheter, universitet, yrkeshögskolor och forskningsinstitut.
- 2) Utvärderingen av kostnadseffektivitet och effekter i serviceprocessen förbättras.
- 3) Framtidens social- och hälsovård och anknyttande datasystem och tekniska lösningar är ett av utvecklingsobjekten. Den regionala innovationsmiljön integreras i den nationella innovationsmiljön, bland annat utifrån klient- och behovsorienterade principer, åtgärder för att öka självservicen bland kommuninvånarna och förbättra valfriheten och bygga upp multifunktionell service tillhandahållen av flera leverantörer.

2.6 Ledarskap inom social- och hälsovården

Ledarskapet inom social- och hälsovården måste utvecklas inom nivåerna strategi, processer och närmaste chefer. Syftet är att social- och hälsovården ska ge bättre resultat och vara bättre tillgänglig. Samtidigt är målet att personalen ska bli mer delaktig och få större välbefinnande i arbetslivet i en föränderlig social- och hälsovårdsmiljö. Vidare är syftet att serviceprocesserna ska bli mer klientorienterade och styrningen av verksamheten stärkas.

Åtgärder:

- 1) Nya modeller tas fram för interaktivt ledarskap på ledningsnivå.
- 2) Det skapas och genomförs modeller för ledarskapspraxis som stöder de närmaste cheferna och införs en modell för kunskapsledning och strategiskt ledarskap i social- och hälsovårdsorganisationerna.
- 3) Ledarskapsmodeller för välbefinnande i arbetslivet tas fram.

3 INFORMATION OCH KOMMUNIKATION

Syftet med informationen och kommunikationen är att medverka till att Kaste-målen uppfylls. Den nationella kommunikationsplanen för Kaste-programmet ligger till grund för den regionala kommunikationsplanen. Norra Finland upprättar sin egen kommunikationsplan.

4 UPPFÖLJNING

Den regionala ledningsgruppen följer regelbundet upp hur utvecklingsåtgärderna enligt Kaste-programmet och särskilt den regionala genomförandeplanen fortskrider i regionen. Det är viktigt att också lyfta fram annat regionalt arbete än bara projekten. Då spelar medlemmarna i den regionala ledningsgruppen och kontaktpersonerna ute i landskapen en nyckelroll. Projektarbetet följs upp utifrån anvisningarna från finansiärerna och arbetet i varje projekt presenteras en eller två gånger för den regionala ledningsgruppen.

Övrig verksamhet för att främja målen med Kaste-programmet följs upp med de särskilda Kaste-indikatorerna. Regional statistik enligt Kaste-indikatorerna kommer att produceras för att utvärdera verksamheten när THL och SHM har enats om arbetsfördelningen. En del av åtgärderna kan också följas upp i formen "har genomförts, har inte genomförts".

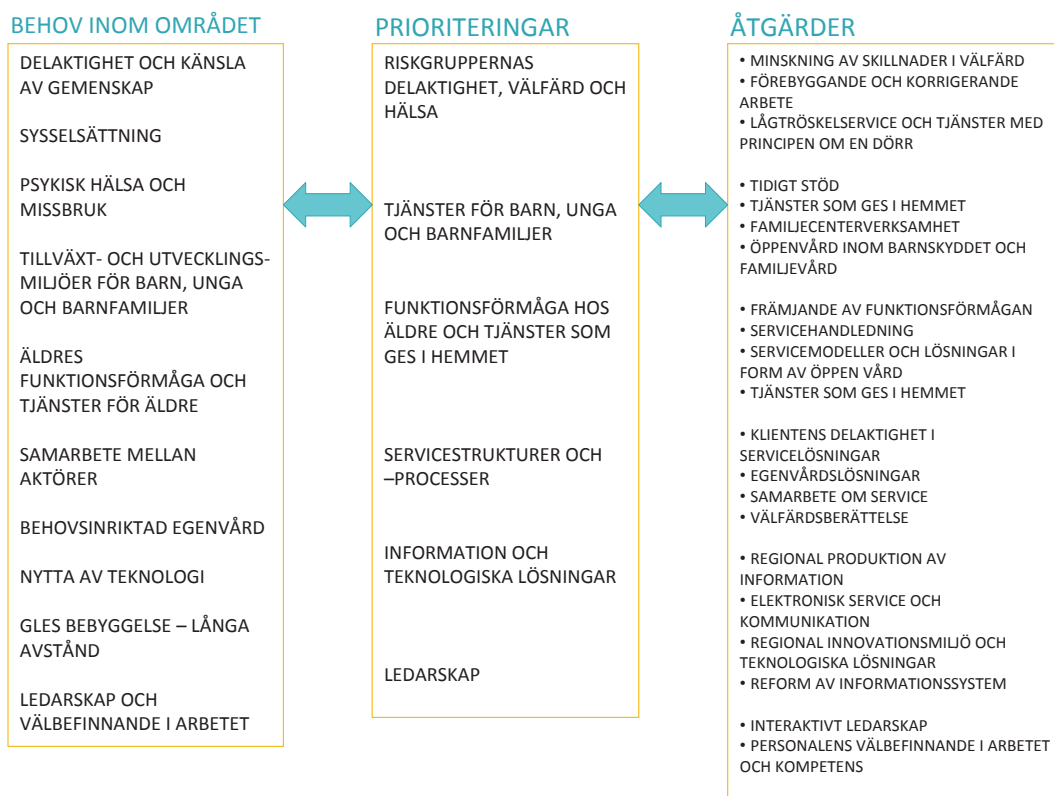
Den regionala ledningsgruppen ska regelbundet göra en intern bedömning av sin verksamhet med avseende på dels de funktionella, dels de ekonomiska målen. Utifrån uppföljningen kan de regionala målen preciseras och åtgärder och praxis ses över. Utvecklingsåtgärderna enligt Kaste-programmet förväntas innefatta de åtgärder enligt teman klientorientering, välbefinnande, jämlikhet i hälsa, mångfald i aktörskapet, prognostisering och effektivitet som tidigare lagts fram i denna plan. Dessutom förväntas utvecklingsåtgärderna öka den regionala produktionen av information om erfarenheter, processer och effekter, bland annat med hjälp av Kaste-indikatorerna.

Källor

Institutet för hälsa och välfärd. Statistik- och indikatorbanken SOTKANet. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>

Finansministeriet 2011: En livskraftig kommun- och servicestruktur, del II Regional genomgång

http://www.vm.fi/vm/sv/04_publicationer_och_dokument/01_publicationer/03_kommunerna/20120206Enlvs/002_Osa_II_kuntaudistus_RUOTSI_NETTI.pdf



Figur 2. Norra Finland: behov, prioriteringar och åtgärder för arbetet med Kaste-programmet

	BEFOLKNING (31.12.2011)	BEFOLKNING AV HELA LANDETS BEFOLKNING %	KOMMUNER (31.12.2011)
KAJANALAND	82 298	1,5 %	9
MELLERSTA ÖSTERBOTTEN	66 484	1,3 %	8
LAPPLAND	183 330	3,4 %	21
NORRA ÖSTERBOTTEN	397 887	7,4 %	34
NORRA FINLAND	729 999	13,6 %	72
HELA LANDET	5 401 267	100 %	342

Tabell 1. Kvantitativa uppgifter om befolkningen och kommunerna inom Kaste-området i Norra Finland (Institutet för hälsa och välfärd)

	0–6 år	7–15 år	16–24 år	25–64 år	yli 65 år	över 75 år	över 85 år
KAJANALAND	6,7	9,2	10,1	52,1	21,9	10,5	2,5
MELLERSTA ÖSTERBOTTEN	9,0	11,0	11,5	50,0	18,5	8,6	2,4
LAPPLAND	7,2	9,5	11,1	52,6	19,5	9,1	2,1
NORRA ÖSTERBOTTEN	10,1	11,7	12,1	50,9	15,2	6,9	1,8
HELA LANDET	7,8	9,8	11,1	53,2	18,1	8,2	2,2

Tabell 2. Åldersstruktur i Norra Finland enligt landskap, % -andel av alla åldersklasser 31.12.2011
(Institutet för hälsa och välfärd)

REGIONAL GENOMFÖRANDEPLAN FÖR SÖDRA FINLAND

I BAKGRUND OCH MÅL

Ett av de viktigaste syftena med social- och hälsovården är att ge befolkningen större välbefinnande och bättre hälsa och att förebygga marginalisering. För att kunna tillgodose klienternas och invånarnas föränderliga behov måste servicesystemen ses över fortlöpande. Reformarbetet ger goda resultat om det görs klientcentrerat, om vårdprofessionella och beslutsfattare arbetar tillsammans med klienter, patienter och serviceanvändare med andra kommunala förvaltningar och dessutom samarbetar sektorsövergripande, exempelvis organisationer och företag. Reformarbetet, alltså utvecklingsinsatserna, ingår i vars och ens vardag. Ett gott slutresultat, det vill säga fungerande social- och hälsovård, uppkommer genom samarbete och kollektivt ansvar. Var och en av oss har rätt men också skyldighet att bidra med vår egen insats. Tillsammans – tar vi ansvar och bryr oss!

Den regionala genomförandeplanen (2012–2015) är ett kontinuum av utvecklingsarbete

Under Kaste-programperioden 2008–2011 bestämde den regionala ledningsgruppen för Södra Finland att utvecklingsverksamheten ska genomföras i omfattande och kontrollerade moduler, utvecklingsprogram, och att man ska försöka knyta relevanta aktörer till programmen. Det viktigaste var att resultaten skulle komma dem som använder servicen till godo, att utvecklingsarbetet är ett led i det vardagliga arbetet, att det styrs av den operativa ledningen och att det finansiella samarbetet förstärks. Ledningsgruppen underströk vikten av att utvecklingsarbetet är innovativt, brett upplagt och konkret. De särskilda egenskaperna och behoven i Kaste-kommunerna i Södra Finland vägdes in i ledningsgruppens gemensamma prioriteringar och strategier, och utvecklingsprogrammen förbereddes i ett brett upplagt samarbete. Ett flertal organisationer, centralorganisationer, föreningar, offentliga inrättningar och organisationer, utbildnings- och forskningsorganisationer och även privata tjänsteleverantörer har varit involverade. Kompetenscentren inom det sociala området i Södra Finland (FSKC, Socca, Socom, Sosiaalitalito, Verso) har deltagit aktivt i planering, genomförande och utvärdering av utvecklingsarbetet.

Under Kaste-programperioden 2008–2011 genomförde Södra Finland i överensstämmelse med planen sju regionala utvecklingsprogram och i merparten av dem pågår arbetet fortfarande (figur 2, sidan 62, strategisk karta över Kaste-området i Södra Finland 2008–2011). För arbetet avsattes omkring 42 miljoner euro i statsandelar. Varje utvecklingsprogram har ledning/styrgrupp, visuell profil, webbsida och kommunikations- och utvärderingsplaner. Ledningen för utvecklingsprogrammet har administrerat verksamheten överkommunalt, tvärsektoriellt och förvaltningsövergripande. Den regionala ledningsgruppen har regelbundet kontrollerat hur programmen fortskrider och samtidigt styrt och uppmuntrat dem att arbeta fram mot målen.

Den regionala genomförandeplanen (2012–2015) satsar på förnyelse och innovation

I denna genomförandeplan beskrivs den fortsatta utvecklingsverksamheten inom Kasteområdet i Södra Finland. Planen bygger på en strategi som har utarbetats av den regionala ledningsgruppen. Den beaktar regionala behov och prioriteringar i relation till utvärderingen och resultaten av utvecklingsarbetet.

Den regionala ledningsgruppen lyfter fram två viktiga dimensioner som genomförs samtidigt och styr utvecklingen. Den första dimensionen är strategiskt tänkande, ett starkt element som löper hand i hand med reformarbetet i ledningsgruppen, men också i alla organisationer i regionen och mellan alla aktörer. Strategiskt ledarskap för utvecklingsarbetet kräver att alla är aktiva och arbetar för det tilldelade målet, respekterar debatt och för en fortlöpande dialog och att gränserna mellan organisationer och sektorer överskrids. Kritiska synpunkter i dialogen är den kraft som för frågorna framåt och som kan föda nya insikter.

Den andra samtida dimensionen är verksamheten i utvecklingsarbetet. Den ansågs komma fram i ledarskapet och arbetet i vardagen. Varje uppgift är eget arbete och utvecklande av det, och den yrkesutbildade personalen svarar själv för att utveckla sitt arbete. Resultat förväntas på klientnivå så att de som anlitar tjänsterna själva får utvärdera dem och redovisa sina erfarenheter, men också förnya och förändra dem tillsammans med proffs. Klienterna ses alltid i sin omgivning eller livsmiljö där också deras anhöriga finns. Ett gott resultat uppkommer genom klienternas egenansvar i reformarbetet, tillsammans med proffs och genom ett människonära utvecklingssätt där man i stor omfattning tar vara på möjligheterna till kompetens, metoder och processer för tjänstedesign.

Syftet med den regionala genomförandeplanen är att hela programperioden vara ett dokument för den regionala ledningsgruppen som styr programarbetet och fördelningen av projektbidrag i regionen.

Kaste-området i Södra Finland

Kaste-utvecklingsregionen för social- och hälsovården i Södra Finland består av fyra regioner (östra Nyland, sydöstra Finland, västra och mellersta Nyland, huvudstadsregionen) och sträcker sig geografiskt från Parikkala till Hangö. I landskapet Nyland (huvudstadsregionen, östra Nyland, västra och mellersta Nyland) bor en tredjedel av hela Finlands befolkning (29 %), också största delen av befolkningen av utländsk härkomst. Regionen består av 28 kommuner med cirka 1,53 miljoner invånare. Kommunstrukturen är heterogen och där finns allt från landets största kommun Helsingfors med 588 549 invånare till Karislojo med 1 493 invånare. Vidare finns det tre kommuner med fler än 100 000 invånare, femton kommuner med färre än 20 000 invånare och resten har mellan 30 000 och 50 000 invånare. Framför allt i de nyländska kommunerna förväntas invånarantalet öka ytterligare och kommunstrukturen är stadd i omvandling. Man talar om ett metropolområde och dess särdrag.

Sydöstra Finland är uppdelat i två landskap, Kymmenedalen och Södra Karelen. Kymmenedalen är ett relativt litet landskap på sydkusten. Det består av sju kommuner med totalt 182 382 invånare, vilket är cirka 3,5 procent av hela Finlands folkmängd. Kouvola med 88 072 invånare är den största kommunen i landskapet. Miehikkälä är den minsta kommunen med 2 210 invånare. Södra Karelen är ett av landskapen i landet som har det lägsta invånarantalet. Det består av tio kommuner med sammanlagt 133 703 invånare, vilket är cirka 2,5 procent av hela Finlands folkmängd. Villmanstrand med 71 814 invånare är den största kommunen i landskapet, både befolkningsmässigt och till ytan. Suomenniemi (går samman med S:t Michel den 1 januari 2013) är den minsta kommunen. Man talar om glesbygd och dess särdrag.

De nyländska kommunerna hör till Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt. Samkommunen har 21 sjukhus och den specialiserade sjukvården är fördelad på fem sjukvårdsområden. För specialomsorger om utvecklingsstörda finns samkommunen Eteva där alla andra kommuner i Nyland utom Helsingfors ingår. Utöver dem ingår kommuner i Egentliga Tavastland och Päijänne-Tavastland i samkommunen. Helsingfors stad ordnar specialomsorger om utvecklingsstörda i egen regi.

I samkommunen för hälso- och sjukvård i Kymmenedalen Carea ingår Fredrikshamn, Kotka, Kouvola, Miehikkälä, Pyttis och Virolahti (Vederlax). Carea tillhandahåller service på Kymmenedalens centralsjukhus i Kotka, Kymmenedalens psykiatriska sjukhus i Kouvola och på socialvårdsenheter. Den 1 januari 2011 flyttades verksamheten vid kretssjukhuset i Kuusankoski från samkommunen till Kouvola stad. Sjukhuset går under namnet Pohjois-Kymen sairaala, norra Kymmenedalens sjukhus, och det har haft socialvårdsjour sedan den 1 september 2012. Kouvola kommer att bygga det så kallade Ratamocentrumet centralt i staden. Enligt planerna ska stadens största hälsostation, socialcentralen och verksamheten vid norra Kymmenedalens sjukhus inrymmas där.

Alla andra kommuner i Södra Karelen utom Suomenniemi hör till Södra Karelen social- och hälsovårdsdistrikt (Eksote) som står för hela den kommunala social- och hälsovården utom i Imatra. Inom den specialiserade sjukvården hör Imatra dock till Eksote, men staden står själv för primärvård och socialvård. Den specialiserade sjukvården inom Eksote är förlagd till centralsjukhuset i Villmanstrand. Imatra har specialiserad sjukvård inom vissa verksamhetsområden i mindre skala också på Honkajarju sjukhus. Specialomsorgerna om utvecklingsstörda är också förlagda till Eksote.

2 STRATEGIER OCH PRIORITERINGAR I UTVECKLINGSVERKSAMHETEN 2012–2015

På strategiworkshopen i slutet av februari 2012 framhöll den regionala ledningsgruppen att de prioriterade insatsområdena egentligen inte behöver ändras, men att arbets- och uttryckssättet måste bli mer målinriktat och fokuserat. Målfokuseringen och resultatförväntningarna är inte uteslutande inriktade på kvantitativa mätningar, utan man tar fasta på ett vidare begrepp än utvärdering, en kvalitativ analys av verksamheterna och tillämpar flera olika indikatorer i utvärderingen av utvecklingsarbetet.

Vidare ansåg ledningsgruppen det angeläget att förbättra servicen till äldre och äldreomsorg blev ett prioriterat insatsområde. En av de största utmaningarna i utvecklingsverksamheten är enligt en bedömning att ge klienter och familjer större delaktighet. Nu lyftes temat upp och fick hög prioritet i utvecklingsverksamheten: "Med klienter och deras närstående!".

Dessutom lade den regionala ledningsgruppen fast fyra viktiga principer som ska styra all utvecklingsverksamhet:

Klientcentrering: Resultatet av utvecklingsverksamheten är att klienten tillförs ett värde. Servicen ses över (planeras, genomförs, utvärderas) tillsammans med klienterna och deras närstående. Det är allas rätt, ansvar och även skyldighet att delta i utvecklingsarbetet.

Utveckla sitt eget arbete: Varje anställd ska utföra sitt arbete och utveckla det. Det är en fortlöpande reformprocess där man slutar med rutiner som inte fungerar och i stället inför sådana som fungerar bättre. Verksamhetsförbättrande insatser är en integrerad del av allas dagliga arbete.

Tjänstedesign: Tjänsterna formges, utvecklas och förnyas tillsammans med klienter, proffs och beslutsfattare. Förståelsen för klienterna fördjupas när tjänster utvecklas utifrån ett

människonära vardagsperspektiv. Kompetens, metoder och processer för design kommer att utnyttjas på många sätt. På så sätt kan man ta fram sammanhängande tjänster och servicekedjor anpassade till klienternas behov.

Effektivitet: Här kommer metoder för systematisk kvalitetsförbättring att tillämpas. Resultatet är bättre hälsa och större välfärd och samtidigt genererar samarbetet med klienterna och patienterna exempel på bra tjänster. Kostnadseffekter ingår i effektiviteten. (Triple aim)

Som stöd för uppföljningen av utvecklingsarbetet valde ledningsgruppen ett A3-formulär som man fått goda erfarenheter av under programperioden i utvecklingsarbetet inom primärvården och den multidisciplinära ledarskapscoachningen (Bra mottagning och Palmenia) som slutar i juni. Samtidigt kommer planerna för utvecklingsarbetet och förändringsprojekten för patient/klientcentrering att rationaliseras och konkretiseras. Vidare ska också andra motiveras att införa verktyg för fortlöpande kvalitetsförbättring (figur 3, A3 och PDCA-cykeln, sidan 63–64).



Figur 1. Kaste Södra Finland, strategisk karta 2012–2015

Prioriteringarna i Kaste Södra Finlands utvecklingsverksamhet 2012–2015 är följande:

I Riskgruppernas möjligheter till delaktighet, välfärd och hälsa förbättras

- Särskilt åtgärd 1: Riskgruppers möjligheter att klara sig på egen hand stöds genom att arbetsformer som förbättrar delaktigheten tas fram och åtgärd 2: Fler riktade former för att främja välfärd och hälsa och lågröskelverksamheter införs.
- *Den långvariga bostadslösheten försvinner*
- *Bättre hälsa och större välfärd*

II Tjänsterna för barn, unga och barnfamiljer förnyas

- Åtgärd 4: Det tas fram samlade tjänster för barn, unga och barnfamiljer och verksamhetsmodeller för att stödja familjer, föräldraskap och vuxna som arbetar med barn och unga och åtgärd 5: Det preventiva och tidiga stödet förstärks och barnskyddet utvecklas.
- *Barn och unga mår bättre*

III Struktur och innehåll i tjänsterna för äldre förnyas

- Åtgärd 6: Servicen till äldre omstruktureras och åtgärd 7: Innehållet i servicen förbättras och kompetensen i frågor kring människans åldrade utökas.
- *Bättre ålderdom tillsammans*

IV Servicestrukturen och primärservicen förnyas

- Åtgärd 8: Klientorienterade tjänster skapas och åtgärd 9: Rättvis tillgång till service som människor behöver.
- *Den basala servicen fungerar*

Delprogrammen **V Information och informationssystem** omformas till stöd för klienter och fackfolk och **VI Genom ledarskap** stöds förnyandet av servicestrukturen och välbefinnandet i arbetet och åtgärderna i dem är viktiga delar av varje prioriterat insatsområde. De lyfts inte fram separat, men de kan involveras och bli viktiga förändringsåtgärder.

All utvecklingsverksamhet genomsyras av principen "Med klienter och deras närstående!". Det betyder dels att servicen flyttar till de naturliga boende- och verksamhetsmiljöer där klienterna och patienterna finns, dels att det får vara med och planera och genomföra servicen, men också utvärdera den. Resultatet är att de tillförs ett värde. Genomförandet av den regionala utvecklingsverksamheten styrs av samma genomgående principer som genomförandet av varje delprogram i den nationella genomförandeplanen (delaktighet och klientcentrering, hänsyn till språkliga och kulturella minoriteters särskilda behov, behoven hos personer med funktionsnedsättning, skillnader mellan könen och större jämlikhet).

3 INFORMATION OCH KOMMUNIKATION

Informationen och kommunikationen i Södra Finland ska medverka till att målen i Kaste-programmet nås. De regionala kommunikationsplanerna bygger på social- och hälsovårdsministeriets nationella kommunikationsplan för Kaste-programmet. Södra Finland utarbetar sitt egen kommunikationsplan.

4 UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING

Utvecklingsverksamheten följs upp och utvärderas av den regionala ledningsgruppen, ledningen/styrgrupperna för utvecklingsprogrammen och även aktörerna i enlighet med utvärderingsplanen. Verksamheten anpassas efter utvärderingsresultaten och i utvärderingarna tillämpas systematiskt både kvalitativa och kvantitativa indikatorer. I uppföljningen är det av vikt att också lyfta fram det övriga arbete som utförs vid sidan av projekt. Där har regionen hjälp av det arbete som utförs av en utomstående bedömare. Utvecklingsarbetet utförs under den operativa ledningen, och det tillåter att genomförandet konsolideras ända från början. Projektarbetet följs upp utifrån anvisningar från finansören. Ansvaret ligger på som står för administrationen.

Annan verksamhet i regionen som backar upp målen i Kaste-programmet följs upp med programindikatorerna. Regional statistik enligt Kaste-indikatorerna som kan tas som underlag för utvärderingar upprättas när THL och SHM har enats om arbetsfördelningen. Den regionala ledningsgruppen utvärderar också sin egen verksamhet regelbundet med avseende på både funktionella och ekonomiska mål.

Källor

http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/03_kunnat/

Kaste-ohjelma Alueellisen kehittämistoiminnan suunnitelma 2008–2011 Etelä-Suomi



Figur 2. Kaste Södra Finland, strategisk karta 2008–2011

Pågående utvecklingsprogram i Kaste-området i Södra Finland plus kontaktinformation:

Utvecklingsprogrammen BARNETS RÖST 1 och 2 www.lapsenaani.fi

Projektchef Marja-Riitta Kilponen marja-riitta.kilponen@hel.fi

SINNETS NYCKEL Utvecklingsprogram för mentalvård och missbrukarvård i Södra Finland

www.mielenavain.fi, projektchef Lauri Kuosmanen lauri.kuosmanen@vantaa.fi

Kaakon SOTE-INTO 1 och 2 www.eksote.fi /kaakonsote och www.kouvola.fi/kaakonsote

Projektchef Tuula Partanen tuula.partanen@eksote.fi och projektchef Marjut Kettunen marjut.kettunen@kouvola.fi

Bra mottagning – Hyvä vastaanotto, primärvårdsprojekt 1 och 2

www.webforum.com/hyvavastanotto

Projektchef Jussi Malinen jussi.malinen@espoo.fi

ESTER Utvecklingsprojekt för att minska skillnader i välfärd och hälsa i Södra Finland

www.ester.fi

Projektchef Elina Savola elina.palojarvi@espoo.fi

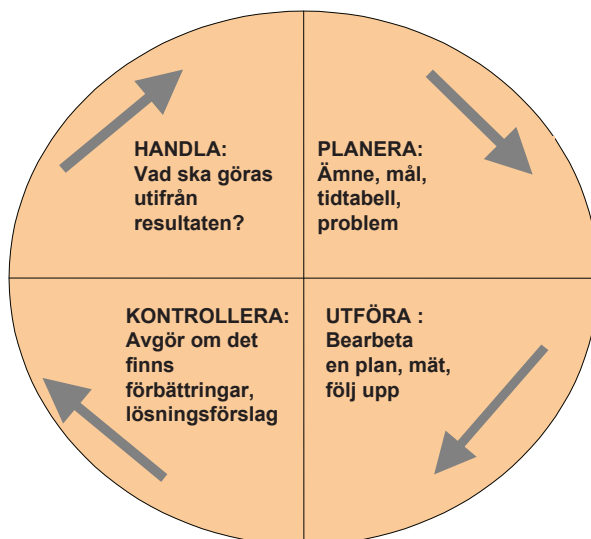
Dessutom administrerar Kaste Södra Finland (Eteva) det enda rikstäckande utvecklingsprojektet Rikstäckande handikappprojektet

(projektchef Tuija Anttila tuija.anttila@eteva.fi).

Figur 3. A3 och PDCA-cykeln.

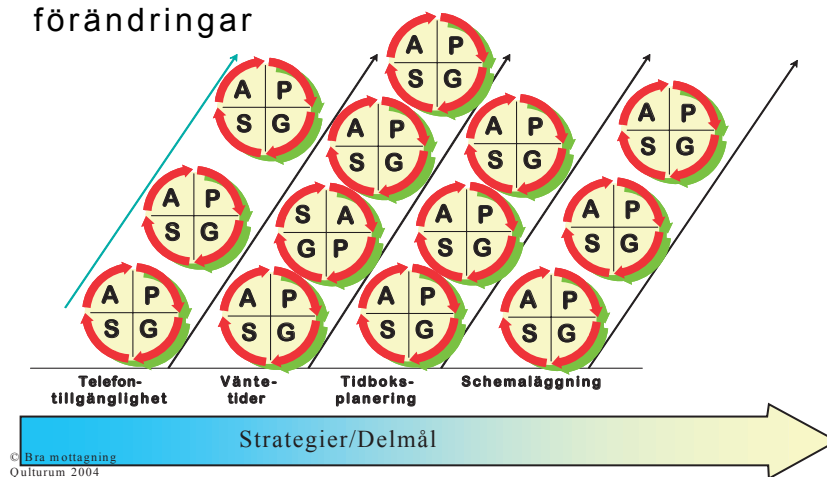
A3

Problem / avvikelse Rubrik för utvecklingsarbetet, syftet med arbetet	Mål Uppställande av mål- SMART
Bakgrundsinformation Hur arbetet genomförs. Tidigare svårigheter, hur framgår det nuvarande problemet?	Ändringar som ska prövas / tester Beskrivning och genomförande av testerna enligt PDSA, fortsatta tester och slutsatser på kort och lång sikt.
Beskrivning av nuläget Bilder, text, kartläggande mätningar, processkarta. Åskådliggör och illustrera.	Plan för implementering VAD VEM NÄR Vad förändras, på vems initiativ och när?
Analys av problemet Sannolika orsaker bakom problemet.	Resultat Resultaten i tid, pengar, förbättrad patienttillfredsställelse, kliniska resultat
	Fortsatt plan



Modell för fortsatt förbättring: PDCA-utvecklingscykel

Många **små** tester vilka kan leda till **stora** förändringar



REGIONAL GENOMFÖRANDEPLAN FÖR ÖSTRA OCH MELLERSTA FINLAND

I INLEDNING

Denna regionala genomförandeplan för utvecklingsarbetet inom ramen för Kaste-programmet i Östra och Mellersta Finland beskriver utvecklingsbehov, prioriteringar och utvecklingsåtgärder som regionen kommer att satsa på de närmaste åren. Ambitionen är att uppfylla målen i den nationella genomförandeplanen för Kaste-programmet som avser att utveckla social- och hälsovården.

Planen utgår från den regionala ledningsgruppens syn på de sex delprogrammets prioritet och samband sinsemellan. Delprogrammen har samband med varandra och bildar en funktionell helhet. Genomförandet av åtgärderna i respektive program inverkar på hur målen i de övriga delprogrammen avancerar.

Ledningsgruppen, dess arbetsutskott och den regionala programchefen har bearbetat planen utifrån diskussioner på möten och seminarier. Tabellerna tydliggör hur Kaste-programmet genomförs i regionen och de uppdateras i takt med att arbetet fortskrider. Utöver projekt kommer regionen att tillämpa andra metoder för att nå målen.

Programkaraktern i Kaste-arbetet livas upp genom att kommunerna i regionen ges mer information om Kaste och utvecklingsnätverken stärker sin dialog. Sett ur ett brett välfärds-perspektiv ska utvecklingsarbetet i Kaste inte inskränka sig till social- och hälsovårdens förvaltningsområde, utan medborgarnas välfärd ska också främjas tvärsektoriellt. Därför satsar man på att bygga upp samarbete mellan olika aktörer och förvaltningsområden.

2 RIKTLINJER OCH AKTÖRER I UTVECKLINGSARBETET

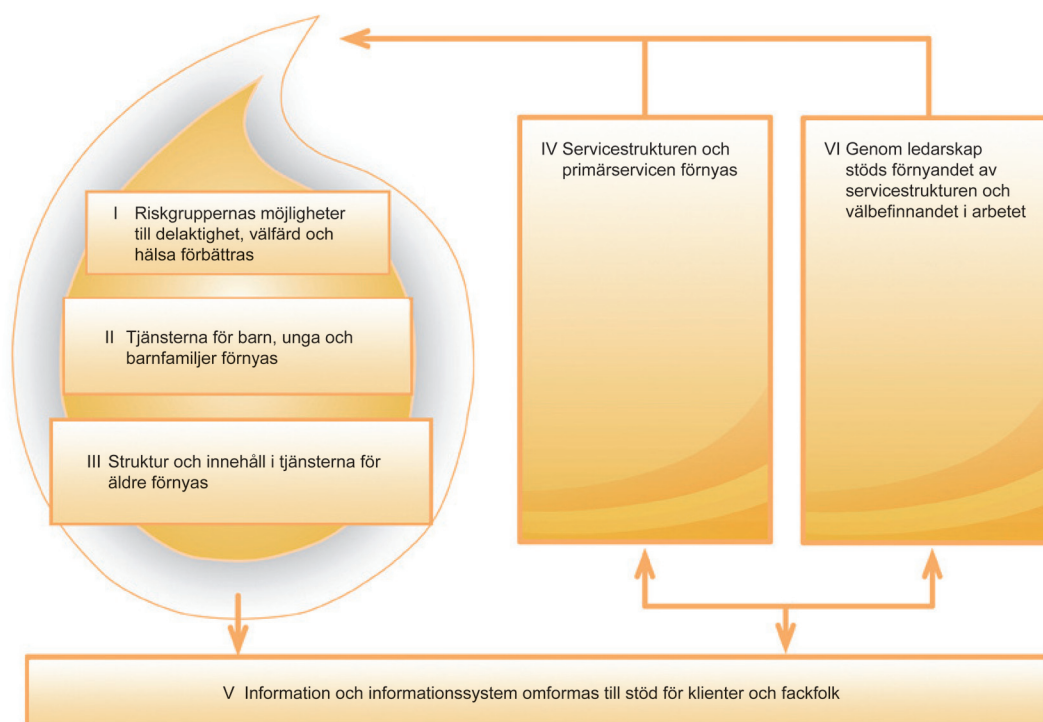
Östra och Mellersta Finland har utfört ett betydande utvecklingsarbete inom social- och hälsovården i både projekt och inom själva arbetet utan att det nödvändigtvis har ansökts om projektpengar för reformerna. Via Kaste-projekt har bland annat servicen till barn, unga och barnfamiljer, mental- och missbrukarvården och servicen till äldre förbättrats. Via projekt har ledarskapet inom omvårdnadsarbete stärkts och prevention och tidig behandling vid kroniska folksjukdomar utvecklats. Arbetet på hälsovårdscentral har gjorts mer attraktivt och människor har getts större delaktighet och påverkningsmöjligheter. Dessutom har man motarbetat långvarig bostadslöshet genom att satsa på stödboende.

Under den gångna programperioden intensifierades samarbetet med olika aktörer, bland andra kommuner och samkommuner, organisationer, landskapsförbund, statens regionförvaltning (RFV, NTM) och vissa andra. Enligt ledningsgruppen bör samarbetet intensifieras ytterligare och nya samarbetsformer tas fram. Dessutom bör Kaste-programmet få en tydligare koppling till kommunerna.

I regionen finns enheter från Institutet för hälsa och välfärd och Arbetshälsoinstitutet, två kompetenscentra inom det sociala området, ISO och Koske, och fem primärvårdsenheter (i sjukvårdsdistrikten). I forsknings-, utbildnings- och utvecklingsverksamheten deltar Jyväskylä universitet och Östra Finlands universitet, regionala yrkeshögskolor, yrkesutbildningsanstalter och utbildningscentraler och uppskattningsvis drygt 1 400 social- och hälsovårdsorganisationer, varav största delen är lokala.

Enligt ledningsgruppen utgör delprogrammen IV och VI i Kaste grunden för alla sex delprogrammen. För att säkerställa klientorienterad och ekonomiskt hållbar social- och hälsovård krävs det emellertid betydande strukturella och funktionella reformer. Samarbetet måste förbättras mellan olika element och nivåer i servicesystemet. Adekvat tillgång till kvalificerad personal, personal som arbetar kvar och välbefinnande i arbetslivet är grundläggande förutsättningar för högkvalitativ, framgångsrik, kostnadseffektiv och verkningsfull service. Inom ledarskapet är exempelvis förändringsledarskap och kunskapsledning metoder som kan tillgripas för att främja måluppfyllelsen.

De enskilda Kaste-delarna för olika befolkningsgrupper beskrivs i figuren nedan i dropptform (delprogrammen I, II och III). Det faktum att delprogram III finns i den bredaste delen av droppen visar att utvecklingsbehovet beror på den åldrande befolkningen och att detta också har en betydande ekonomisk dimension. Det kunskapsunderlag som styr verksamheten består av vetenskapligt dokumenterad information, men också av annan information om befolkning, klienter, personal och verksamhet (delprogram V). Informationen bör vara tillräckligt heltäckande, lättillgänglig och flexibel utan att det behövs extra strukturer för att stödja verksamhetsplaneringen. Hållbar utveckling är ett faktum när strukturer och processer kommit så långt att de bättre kan tillgodose människors behov, både socialt och ekonomiskt.



Figur 1. Kopplingarna mellan delarna i Kaste-programmet i utvecklingsarbetet i Östra och Mellersta Finland.

3 DE VIKTIGASTE MÅLEN I DELPROGRAMMEN

Varje delprogram eftersträvar tvärssektoriellt samarbete. Målet är för det första att tydligare införliva strategierna i Kaste-programmet med kommunernas välfärdsplaner och för det andra att ge strategierna liv i kommunerna i form av verksamheter som överskrider de traditionella sektorsgränserna mellan förvaltningarna. Det är angeläget att kunna påverka kommunernas social- och hälsovårdsstrategier och de kommunala ledningsgruppernas diskussioner om riktlinjerna i Kaste-programmet. Under programperioden deltar Östra och

Mellersta Finland också aktivt i genomförandet av andra nationella program (exempelvis Mieli, programmet för minnessjukdomar, programmet för att minska långtidsbostadslösheten). Projektsamarbete bedrivs med ett flertal finansiärer för att bästa möjliga samarbete ska kunna tas fram och onödiga överlappningar undvikas. I genomförandet utnyttjas och förankras också resultaten av tidigare utvecklingsarbete.

Servicestrukturen och basservicen ses över

Målet är att generera en klientcentrerad servicestrukturereform som gör att basservicen fungerar bättre, ökar produktiviteten och effektiviteten och tar hänsyn till den kommande reformen av kommunstrukturen. Här bör också särdragen i glesbebyggd landsbygd beaktas, exempelvis genom flexibla konsultationsmöjligheter (videomöten och rörliga tjänster m.m.). Samtidigt får invånarna lära sig att ta större ansvar för sitt välbefinnande genom större möjligheter till egenvård och självservice (bl.a. e-tjänster). Åtgärder vidtas för att ta fram en modell med flera aktörer inom välfärdstjänsterna (t.ex. servicecheckar). Samtidigt stärks samarbetsstrukturerna mellan kommuner/samkommuner, företagare och organisationer, och den fortlöpande systematiska dialogen breddas.

Bland de viktigaste målen märks fungerande förvaltningsstrukturer, integrerade servicestrukturer (specialiserad sjukvård – primärvård – socialvård), stöd till personalens kompetens i de nya modellerna och servicestrukturerna (bl.a. flytta hem från institution). Utgångspunkten är att införa metoder som har befunnits vara kostnadseffektiva och att analysera effektiva processer (t.ex. hemservice – serviceboende – specialiserad sjukvård). En av de viktigaste reformåtgärderna inom servicestrukturen är att bättre integrera primärvård, specialiserad sjukvård och socialvård i befolkningsbaserade enheter samt att inom ramen för specialupptagningsområdet KYS styra och samordna framför allt hur servicen ordnas. Här kommer man att utnyttja erfarenheterna från det tidigare ISER-arbetet. Samtidigt är det viktigt att dels säkerställa tillgången till högkvalitativ primär- och specialistvård, dels utveckla dem med hjälp av expertis inom forskning, utbildning och utvecklingsarbete.

Genom ledarskap stöds förnyandet av servicestrukturen och välbefinnandet i arbetet

Ett av de prioriterade insatsområdena inom ledarskap är att satsa på kunskapsledning och bygga upp det nödvändiga kunskapsunderlaget (utveckla och införa analys- och uppföljningsinstrument). I regionen pågår det ett flertal processer som tar sikte på omstruktureringar. Viktiga prioriteringar är att genomföra reformerna och satsa på anknytande kunskapsledning och förändringsledarskap.

Ledarskap och välbefinnande i arbetslivet ses om en fråga för hela kommunfältet, inte bara för social- och hälsovården. Kvalificerad personal och tillräckligt många anställda och större attraktionskraft för social- och hälsovården, bland annat genom att förbättra innehållet och metoderna i arbetet, öka produktiviteten, förbättra välbefinnandet i arbetslivet, fortlöpande kompetenslyft och förlängt arbetsliv, är prioriterade insatsområden i utvecklingsarbetet. Vad beträffar arbetskraftstillgången kan man också fundera på att se över rekryteringsrutinerna i samarbete med kommunerna.

Information och informationssystem omformas till stöd för klienter och fackfolk

Social- och hälsovården spelar en stor roll för den kommunala ekonomin. Därför är kostnadseffektiviteten i servicen, servicekedjorna och processerna ett viktigt utvecklingsobjekt.

Ambitionen är att stärka en gemensam kunskapsbas (jämförelser av effektivitet och genomslag) för alla kommuner i regionen och att den fortlöpande ska uppdateras. Ett annat mål är att siffror om verksamhet och ekonomi automatiskt ska kombineras för att uppföljningen av klientuppgifter och verksamhetskostnader bättre ska stötta kunskapsledningen. Här kommer regionala och nationella datasystemprojekt att utnyttjas, likaså enheten för operativ styrning av informationsadministrationen inom social- och hälsovården (OPER) vid THL.

Ett annat prioriterat område är att ta fram brukarcentrerade e-tjänster som stöder egenvården i syfte att öka tvåvägskommunikationen samt att möjliggöra och öka självservice bland allmänheten.

Struktur och innehåll i servicen för äldre förnyas

Idén om ett självständigt liv, att människan har rätt till ett självständigt liv som en del av det övriga samhället, är den bärande tanken i omstruktureringen av servicen till äldre och var det redan i åtgärderna för att förbättra äldrekompetensen under den förra Kaste-programperioden. I fokus står framför allt en preventiv och rehabiliterande attityd i flera hänseenden. Rent konkret är målet att främja och upprätthålla äldre människors funktionsförmåga genom ett rehabiliterande angreppssätt.

Åtgärder för att minska långvarig vård på institution, se över heldygnsvården och diversifiera servicen i hemmet och hemvården kommer att vidtas. Vidare kommer vi att arbeta för närserviceområden och servicecampus. Servicen och servicekedjorna ska bli smidigare ända från preventiv verksamhet till alternativa boendelösningar för äldre, stöd till att bo kvar hemma och många typer av vård i livets slutskede. Satsningar görs på tekniska lösningar för äldre-service och äldres boende hemma och e-tjänster. Bedömningen av servicehuvudet och servicehandledningen ska förbättras. Pågående utvecklingsarbete ska förankras med olika medel (t.ex. kommunen/regionen har förankrare/utvecklare/samordnare).

Servicen för barn, unga och barnfamiljer förnyas

Målet är att kommunerna ska bygga ut verksamheten med tidig intervention och förebyggande arbete av typen familjecentraler. Vidare är tanken att vården utom hemmet i mindre utsträckning ska ske på institution. Där ingår också att utveckla krävande öppenvård, hemservice till barnfamiljer, ungdomsarbete och familje- och öppenvård. Detta utvecklingsarbete kan stödjas bland annat med hjälp av helhetsbedömningar av barnskyddet som har gjorts multidisciplinart och med intensifierat samarbete (t.ex. elevvård). Ett konkret utvecklingsmål är att ta fram verktyg för utvärdering och genomförande (t.ex. välfärdsberättelse om barn).

Särskilt i servicen för att stödja barnfamiljers och ungas välfärd ska de ungas delaktighet stärkas och de unga motiveras att aktivt delta i motion, kultur och fritidsaktiviteter. Vidare införs åtgärder för att ta fram nya serviceinnovationer för barnfamiljer och upprätta en välfärdsberättelse om barn och unga. Dessutom ska välfärdsfrågor knytas till kommunernas strategier.

Riskgruppernas möjligheter till delaktighet, välfärd och hälsa förbättras

Med hänsyn till att servicen ska vara ekonomiskt hållbar kommer den att göras mer klientcentrerad samtidigt som kommuninvånare och klienter får bättre möjligheter till delaktighet när det gäller att utveckla och utvärdera servicen, bland annat med hjälp av erfarenhetsbaserad information. Samtidigt utökas möjligheterna till självservice och egenvård. Vidare ska det göras lätt att träffa val som förbättrar välbefinnandet. Människor ska motiveras att

ta ansvar för sin egen och sina närståendes hälsa. Metoderna för att sprida hälsoinformation ses över och kanalerna förbättras. Kommuninvånarna ska i synnerhet få hjälp med att klara av sin vardag och utvecklingsverksamheten koncentreras till de platser där folk tillbringar sin vardag. Fokus ska inte bara vara på patient/klientrelationer. Det gäller att få fram attraktiva verktyg för att aktivera kommuninvånarna och att förankra servicen så att den tar hänsyn till villkoren i människors vardag.

Lågröskelplatser för möten och andra möjligheter till deltagande (invånar- och klientpaneler, brukarstugor och delaktighetsdagar tillsammans med organisationerna) byggs upp. Dessutom kan man utnyttja moderna marknadsföringsmetoder på ett innovativt sätt för att främja välfärd och hälsa. Vidare kommer datatekniska och innovativa samarbetsmetoder att utarbetas för att servicen mer ska ta fasta på prevention (bl.a. våldsförebyggande modeller) och tillgängligheten till metoderna förbättras.

4 UPPFÖLJNING, UTVÄRDERING OCH KOMMUNIKATION

Den regionala kommunikationsplanen bygger på social- och hälsovårdsministeriets nationella kommunikationsplan för Kaste-programmet. Östra och Mellersta Finland sammanställer en egen kommunikationsplan.

Ledningsgruppens viktigaste utvecklingsmål konkretiseras och "dissekeras" för att genomförandet ska kunna följas upp tydligare. Målen ställs i prioritetsordning och de ges en tidsplan. I uppföljningen är det viktigt att också lyfta fram annat arbete än bara projektverksamheten. Hur genomförandet fortskrider beskrivs med konkreta framsteg halvårsvis och informationen läggs ut på webben och presenteras på olika evenemang. På så sätt stärks dialogen med de regionala aktörerna och det kommer in feedback som i förekommande fall kan utnyttjas till att uppdatera planen för att den bättre ska tillgodose behov och förväntningar ute på fältet.

5 BAKGRUNDSFAKTA OM ÖSTRA OCH MELLERSTA FINLAND

Östra och Mellersta Finland består av 75 kommuner med cirka 842 000 invånare. Det är ungefär 15,6 procent av hela Finlands befolkning. Regionen består av fyra landskap: Södra Savolax, Mellersta Finland, Norra Karelen och Norra Savolax.

Södra Savolax består av 17 kommuner med 155 000 invånare, Det är 2,9 procent av hela Finlands befolkning. S:t Michel är landskapets största kommun både till invånarantal och till yta. Kommunerna i landskapet hör till tre ekonomiska regioner (S:t Michel, Nyslott och Pieksämäki).

Regionen har två sjukvårdsdistrikt för den specialiserade sjukvården, Södra Savolax sjukvårdsdistrikt och samkommunen för Östra Savolax sjukvårdsdistrikt, Sosteri, som svarar för den samlade social- och hälsovården i de berörda kommunerna. Vaalijala samkommun har hand om specialomsorgerna om utvecklingsstörda i kommunerna i Södra Savolax. I Södra Savolax finns det ett samarbetsområde med värdkommun och det har hand om all annan socialvård än barnomsorg. För närvarande är ett flertal andra planer på samarbetsområden aktuella.

Mellan 1960 och 2010 minskade befolkningen med drygt 22 procent och den kommer att minska ytterligare. I Södra Savolax är befolkningsutvecklingen försiktigt positiv bara i S:t Michel. Efter en negativ trend i befolkningsutveckling i drygt femton år har staden lyckats vända utvecklingen och haft ett flyttningsöverskott i två år. Redan nu har Södra Sa-

volax den största äldrebefolkningen. Försörjningskvoten kommer att försämrats ytterligare framöver. Den explosionsartade utvecklingen i den demografiska försörjningskvoten gör att landskapet har ett stort tryck på sig att ordna med service till äldre. En allt mindre skara människor i arbetsför ålder måste försörja allt fler i icke-arbetsför ålder. Den stora andelen personer över 75 år medför enorma påfrestningar på social- och hälsovården.

Mellersta Finland består av 23 kommuner med 274 000 invånare. Det är ungefär fem procent av hela Finlands folkmängd. Jyväskylä är den största kommunen befolkningsmässigt. Kommunerna i Mellersta Finland bildar sex ekonomiska regioner (Jyväskylä, Keuru, Joutsa, Saarijärvi-Viitasaari och Äänekoski).

Den specialiserade sjukvården tillhandahålls av Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt. Kommunerna i landskapet har bildat ett flertal samarbetsområden som har hand om socialvården utom barnomsorgen.

Överlag hör Mellersta Finland till de landskap där befolkningen ökar och ökningen förväntas vara kraftig, särskilt omkring centralorten i landskapet. Av de 23 kommunerna har dock 16 en negativ befolkningsutveckling. Kalkylerna för den demografiska försörjningskvoten visar att nio kommuner ingår i den mest fördelaktiga femtedelen. Befolkningsförändringen är ojämn mellan kommunerna i landskapet och den varierat stort. Kommunerna med den sämsta befolkningsutvecklingen finns företrädesvis i de norra och södra delarna av landskapet.

Norra Karelen består av fjorton kommuner med 166 000 invånare. Det är 3,1 procent av hela Finlands folkmängd. Joensuu är befolkningsmässigt den största kommunen i landskapet. Typiskt för kommunerna är att de har stor yta och få invånare. Kommunerna hör till tre ekonomiska regioner (Joensuu, Mellersta Karelen och Pielinen Karelen).

Den specialiserade sjukvården och specialomsorgerna om utvecklingsstörda tillhandahålls av Samkommunen för sjukvård och socialvård i Norra Karelen.

Alla kommuner utom tre har negativ befolkningsutveckling, det vill säga befolkningen minskar i alla andra kommuner. Av de fjorton kommunerna hör fler än hälften till den femtedel av hela landets kommuner som förlorar flest invånare och två till den näst sämsta femtedelen. Joensuu har den lägsta demografiska försörjningskvoten i Norra Karelen. Det är kommunerna med den minsta befolkningen som har den sämsta försörjningskvoten.

Norra Savolax är befolkningsmässigt det största landskapet i Östra Finland. Det består av 21 kommuner med 248 000 invånare, vilket är cirka 4,6 procent av hela Finlands befolkning. Kuopio är den största kommunen i landskapet beträffande både invånarantalet och ytan. Kommunerna i Norra Savolax hör till fem ekonomiska regioner (Kuopio, Övre Savolax, Varkaus, Inre Savolax och Nordöstra Savolax).

Den specialiserade sjukvården tillhandahålls av Norra Savolax sjukvårdsdistrikt. Kommunerna i Norra Savolax har redan bildat eller har för avsikt att bilda ett flertal samarbetsområden för primärvården, men också för socialvården med undantag för barnomsorgen. Vaalijala samkommun har hand om specialomsorgerna om utvecklingsstörda.

Befolkningsutvecklingen är koncentrerad till centralorten Kuopio och dess grannkommuner. Alla andra kommuner i landskapet förlorar invånare och sämst är läget i perifera områden. I framtiden beräknas försörjningskvoten i Norra Savolax bli betydligt sämre.

Källor

Finansministeriet, 2011: En livskraftig kommun- och servicestruktur, del II Regional genomgång

http://www.vm.fi/vm/sv/04_publicationer_och_dokument/01_publicationer/03_kommunerna/20120206Enlvs/002_Osa_II_kuntaudistus_RUOTSI_NETTI.pdf

REGIONAL GENOMFÖRANDEPLAN FÖR VÄSTRA FINLAND

I BAKGRUND OCH MÅL

Målet för den regionala ledningsgruppens genomförandeplan för Västra Finland är att beskriva de behov, prioriteringar och åtgärder som utvecklingsarbetet i regionen särskilt kommer att inrikta sig på. Syftet med åtgärderna i genomförandeplanen är att tillgodose Kaste-programmets och den nationella genomförandeplanens förväntningar på utvecklingen av social- och hälsovården.

Genomförandeplanen för Kaste Västra Finland utgår från den regionala ledningsgruppens syn på prioriteringarna i Kaste-programmets sex delprogram och delprogrammets samband med varandra. Enligt ledningsgruppen bildar delprogrammen en funktionell modul där förloppet av åtgärderna i delprogrammen självfallet också påverkar genomförandet av de övriga programmen.

Bearbetningen av genomförandeplanen har varit en mångskiftande process, och de möten och faser som ingår i processen beskrivs i det avslutande avsnittet "Källor". Genomförandeplanen innehåller också ett tabellavsnitt som konkretiserar genomförandet av Kaste-programmet i regionen. Tabellen uppdateras efter hand som programmet genomförs och finns (på finska) på adressen www.turku.fi/kaste. I samband med genomförandet är det tänkt att ta fram förslag till olika metoder för att utveckla funktionerna också från andra perspektiv än bara ur projektsynvinkel.

Ambitionen är att liva upp Kaste-arbetets programkaraktär genom att öka kommunernas kunskaper om Kaste och stärka dialogen mellan utvecklingsnätverken. I planen eftersträvas en bred välfärdsaspekt där utvecklingsarbetet i Kaste-programmet inte är begränsat bara till social- och hälsovårdens förvaltningsområde, utan att invånarnas välfärd också främjas tvärssektoriellt på ett sammanhållet sätt. Följaktligen har särskilt samarbetet mellan olika aktörer och förvaltningsområden hög prioritet.

1.1 Den avslutade perioden och regionala aktörer

Projekt med statsunderstöd spelade en viktig roll när Kaste-programmet 2008–2011 genomfördes i Västra Finland. I regionen utförs dessutom en del arbete som följer Kaste-programmet, trots att projektpengar inte har ansökts för det. Via projekt har man utvecklat tjänsterna för barn, unga och barnfamiljer, mental- och missbrukarvården och tjänster för äldre kommuninvånare, stärkt ledningen av omvårdnadsarbetet och patientundervisningen och satsat på långvarig bostadslöshet genom stödboende.

Under den verksamhetsperiod som nu har avslutats har samarbetet mellan kommuner/samkommuner och organisationer intensifierats. Projekten har försökt få organisationer att engagera sig i utvecklingsarbetet på ett så tidigt stadium som möjligt. Den regionala ledningsgruppen har ändå konstaterat att samarbetet fortfarande behöver intensifieras och nya samarbetsformer etableras inom offentlig, privat och tredje sektor.

Institutet för hälsa och välfärd och Arbetshälsoinstitutet med sina enheter, tre kompetenscentrum inom det sociala området (Vasso, Pikassos och det svenskspråkiga FSKC), Åbo universitet, Åbo Akademi, universitetscentret Porin yliopistokeskus med filialer från

Tammerfors universitet, Tammerfors tekniska universitet och Aalto-universitetet, de finska och svenska yrkeshögskolorna samt läroanstalter och yrkesutbildningscentra har verksamhet i regionen. Vidare har Åbo universitet en lärarutbildningsanstalt i Raumo.

Dessutom har regionen ett brett organisationsfält. Det uppskattas att cirka 6 procent av alla föreningar som är registrerade i Finland hör till social- och hälsovårdsområdet. Enligt statistik (24.4.2012) från Patent- och registerstyrelsen finns det 16 563 finsk- och svenskspråkiga föreningar i Västra Finlands Kaste-område. Av dem är cirka 1 000 föreningar aktiva inom social- och hälsovårdsområdet.

I ett gemensamt utlåtande framhåller Varsinais-Suomen Yrittäjät ry och Satakunnan Yrittäjät ry (2012) i sin tur att Kaste-programmet när det gäller produktion och utveckling av tjänster har uteslutit tjänster inom privat sektor eller låtit bli att föra fram dem. I Satakunta och Egentliga Finland finns ett synnerligen välutvecklat nätverk av privata tjänsteleverantörer. Sett ur företagets synvinkel bör privata tjänsteleverantörer i större utsträckning engageras i det regionala programmet och därmed ges större möjlighet att förbättra produktiviteten och öka antalet brukare av tjänsterna.

I viss mån har vi samarbetat med aktörerna ovan på programnivå och/eller i projekt. Det är nödvändigt att utöka och bredda samarbetet mellan aktörer, kommuner och samkommuner. Iakttagelsen i Heinämäkis (2012) färskas doktorsavhandling verkar stämma i den bemärkelsen att målen för statsförvaltningens programstyrning inte tycks kunna genomföras fullt ut eller införlivas med kommunernas verksamhetsprocesser.

1.2 Strukturen i regionen

Västra Finland består av 49 kommuner med cirka 694 000 invånare. Detta är omkring 13 procent av befolkningen i Finland (Statistikcentralen 2012). Regionen har två landskap, Egentliga Finland och Satakunta.

Landskapet **Satakunta** har 21 kommuner med sammanlagt något över 226 000 invånare. Kommunerna skiljer sig från varandra i fråga om såväl struktur och identitet som geografiskt läge. Satakunta är indelat i de ekonomiska regionerna Raumo, Björneborgs och Norra Satakunta.

Till Satakunta sjukvårdsdistrikt hör alla kommuner i Satakunta förutom Kiikoinen, som hör till Birkalands sjukvårdsdistrikt. Av sjukhusen i sjukvårdsdistriktet ligger centralsjukhuset i Björneborg och det psykiatriska sjukhuset och rehabiliteringssjukhuset i Harjavalta. Den huvudsakliga enheten för specialomsorger ligger i Ulvsby. En stor del av verksamheten vid Raumo kretssjukhus, som tillhandahåller tjänster inom flera medicinska verksamhetsområden, överfördes till Raumo stad den 1 januari 2012. I regionen finns sex samarbetsområden inom social- och hälsovården.

Befolkningsutvecklingen i Satakunta pekar nedåt. I synnerhet i norra Satakunta har folkmängden minskat. Fortsatt nedgång förutspås i Satakunta. År 2025 kommer medianåldern (= genomsnittligt invånarantal) i Satakunta att motsvara medelvärdet för hela landet. Lavia, Sastmola och Siikainen har de högsta medianåldrarna, dvs. 56 år. År 2030 förväntas försörjningskvoten ligga på 90 i åtta kommuner. I elva av kommunerna i Satakunta föds färre än 50 barn per år. Andelen personer över 75 år ökar i alla kommuner i landskapet (Finansministeriet 2011, sidan 69–73).

Egentliga Finland består av 28 kommuner med totalt något över 467 000 invånare. Tre av kommunerna (Åbo, Pargas och Kimitoön) är tvåspråkiga. Av invånarna i regionen är cirka 418 000 finskspråkiga, cirka 27 000 svenskspråkiga och 22 000 har något annat språk som modersmål. Egentliga Finland är till invånarantal och yta ett landskap med små kommuner. Bara fyra kommuner har fler än 20 000 invånare. Dessa är Åbo, Salo, S:t Karins och Reso. Regionen är indelad i fem ekonomiska regioner: Loimaa, Åbo, Åbolands, Nystadsregionen och Salo.

Kommunerna i Egentliga Finland får tillgång till specialiserad sjukvård i Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt som erbjuder specialiserad sjukvård vid universitetscentralsjukhuset i Åbo och vid fyra kretssjukhus, i Loimaa, Salo, Nystad och Åbo. I landskapet finns sju samarbetsområden som antingen redan har inrättats, håller på att inrättas eller är under utredning. Dessutom finns det små kommuner som inte ingår i något samarbetsområde.

Befolkningstillväxten i Egentliga Finland hänger samman med att människor flyttar. Medianåldern är låg i Åbo och dess kranskommuner. År 2030 kommer 21 av kommunerna i Egentliga Finland att ingå i de två bästa femtedelarna som beskriver försörjningskvoten i landet. Försörjningskvoten försvagas mest i Taivassalo, Nystad, Gustavs och Somero. Orsaken är i första hand att andelen äldre ökar, vilket ställer kommunerna inför utmaningar inom service och ekonomi.

Under 2008–2010 föddes färre än 50 barn i nio av kommunerna i landskapet och ingen förbättring är i sikte. År 2030 kommer andelen personer i befolkningen som är över 75 år att ligga över 20 procent i sex kommuner, och andelen ökar avsevärt överallt (Finansministeriet 2011, 47–54).

2 RIKTLINJER, PRIORITERINGAR OCH ÅTGÄRDER FÖR UTVECKLINGEN AV SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN I VÄSTRA FINLAND 2012–2015

Av hoten mot välfärden kräver enligt deltagarna i en medborgarenkät som social- och hälsovårdsministeriet (SHM) genomförde hösten 2011 mentala problem, arbetslöshet och alkoholmissbruk flest insatser. Bland de metoder som ökar välfärden hör fungerande social- och hälsovårdstjänster och arbete till det som diskuteras mest. Arbete och förebyggande av problem bedöms vara de viktigaste metoderna för att öka välfärden. Av de offentliga tjänsterna anses tjänsterna vid hälsovårdscentraler och inom mentalvården kräva mest förbättringar (SHM 2011). Också i västra Finland är behoven av samma slag.

I en analys av en åldersstadiemodell enligt målgrupp betonas vikten av att uppmärksamma ungdomar och unga vuxna samt den äldre befolkningen. Inom åldersgrupperna bör man fästa särskild uppmärksamhet på anhopningen av problem, dvs. multiproblematik och på missbruksproblem och mentala problem. Här avses bland annat ungdomar och i allt högre grad också äldre som är utestängda från utbildning och yrkesliv. Barnskydd är ett bestående tema i regionen, men utvecklingen i befolkningsstrukturen tvingar oss att i allt större utsträckning också fästa avseende vid de äldre och tjänsterna till dem, där det har setts som angeläget att de aktiveras att delta inom ramen för sin egen kultur. I det sammanhanget framträder bl.a. ensamhet som en faktor som förorsakar problem.

Samordnade servicestrukturer och effektiva handlingsmodeller efterfrågas starkt. Också åtgärder som ytterligare utvecklar och effektiviserar hälso- och välfärdsfrämjande struktur och fungerande rutiner stöder denna strukturella sida. I detta sammanhang betonas vikten av att i större omfattning införa proaktiva metoder, exempelvis frivilligt kulturarbete, som ett led i organiseringen och produktionen av tjänster. För enhetliga servicestrukturer krävs det i sin tur tillgång till aktuell information till stöd för ledning och arbetstagare. Därför ses information och informationssystem som en viktig stödfunktion vid förnyande av strukturer och förändringsledning.

Med utgångspunkt i arbetet under den förra Kaste-programperioden lyfter den regionala ledningsgruppen i Västra Finland fram **fem genomgående teman** som bör prioriteras i utvecklingsarbetet. Dessa är klientorientering, mångfald i aktörskapet, proaktivitet, kostnadseffektivitet och effektivitet.

För **klientorientering** behövs ett starkt och nytt synsätt på hur social- och hälsovården ska ordnas. Det är viktigt att hitta en balans mellan klientens behov och vad som kan ses

som möjlig service. Detta kräver ökad förståelse för klient- och organisationsnivån och för mötet mellan nivåerna. Med klientorientering avses således framför allt klientens möjlighet att aktivt delta i servicerutinerna och i planeringen och utvecklingen av dem utifrån sina egna behov och utgångspunkter.

Mångfald i aktörskapet är ett begrepp som när genomförandeplanen förbereddes starkt lyftes fram som ett utvecklingsobjekt för detta Kaste-program. Inom organisationen av tjänster handlar det om större variation i produktionssätten; privata tjänster vid sidan av de offentliga, och organisationsbaserad verksamhet för att ge brukarna större valfrihet. I samband med begreppet granskas hälsa och välfärd i ett brett perspektiv då exempelvis kulturens roll som bidragande faktor till välfärd beaktas inom serviceproduktionen.

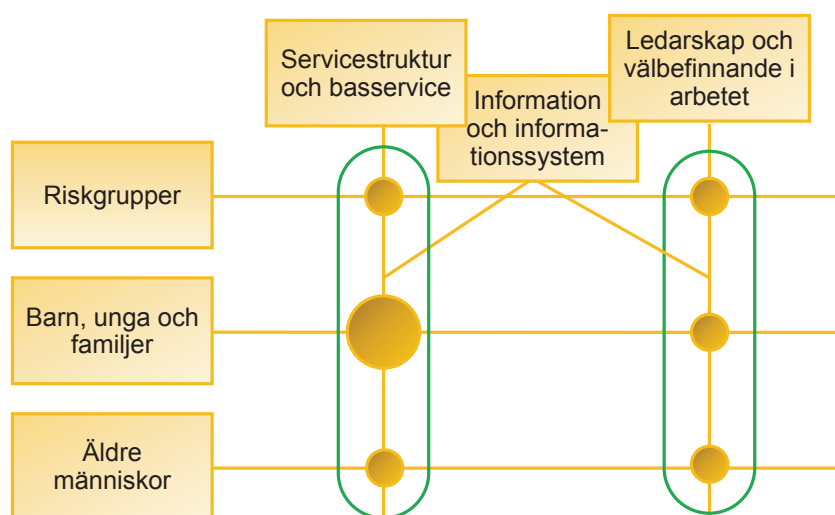
Ett **proaktivt** sätt att tänka och agera garanterar beredskap inför framtiden. Detta kan stödjas genom att man utvecklar informationsproduktionen utifrån större mångfald i aktörskapet och strategiskt och systematiskt utnyttjar informationen. Det är viktigt att ta fram förutseende handlingsätt och strukturer för behandlingen och förmedlingen av hälsodata om befolkning, klientgrupper och individer.

Kostnadseffektivitet leder till tanken att man med begränsade resurser kan försöka få till stånd så mycket bra som möjligt.

Effektivitet och definitionen av begreppet förutsätter också utvecklingsarbete. Tjänsterna bör vara verkningfulla och leda till välfärdseffekter för framför allt individen och samhället.

2.1 Delprogrammets förhållande till varandra

Enligt den regionala ledningsgruppen bildar de sex delprogrammen i Kaste-programmet en funktionell helhet. Det kan ses så att delprogrammen sinsemellan bildar en matris där "delprogrammen för målgrupper" I–III analyseras horisontellt och "delprogrammen för strukturer och stödfunktioner" IV–VI vertikalt (figur 1). Genom att lägga tonvikten på olika kombinationer inom matrisen, kan man skapa önskade moduler.



Figur 1. Prioriteringar för delprogrammen inom Kaste-programmet i Västra Finland

Delprogrammen IV (Servicestrukturen och basservicen förnyas) och VI (Genom ledarskap stöds förnyandet av servicestrukturen och arbetshälsan) är det fundament som det samlade programmet vilar på och som måste vara i sin ordning så att fokus effektivt kan läggas på de så kallade delprogrammen för målgrupper I (Riskgruppernas möjligheter till delaktighet,

välfärd och hälsa förbättras), II (Förnyandet av tjänsterna för barn, unga och barnfamiljer fortsätter) och III (Struktur och innehåll i tjänsterna för äldre förnyas). Delprogram V (Information och informationssystem omformas till stöd för klienter och fackfolk) ses som underordnat delprogrammen IV och VI.

Att trygga en klientorienterad och ekonomiskt hållbar social- och hälsovård kräver betydande strukturella och funktionella reformer. En av utmaningarna är bland annat att samarbetet mellan olika delar och nivåer i servicesystemet är otillräckligt, och där spelar också samarbetet mellan kultur-, social- och hälsovårdssektorn en viktig roll. En grundläggande förutsättning för en bra verksamhet är tillgång till personal som stannar kvar. En utmaning för ledningen är att tillgodose dessa behov genom förändrings- och kunskapsledning.

Det kunskapsunderlag som styr verksamheten utgörs av dels forskningsdata, dels andra tillgängliga uppgifter om befolkning, klienter, personal och verksamhet. Uppgifterna bör vara tillräckligt heltäckande och lättillgängliga och fås utan särskilda arrangemang till stöd för planeringen av verksamheten. På detta sätt säkerställs ett så gott underlag som möjligt för planeringen av strukturer och verksamheter, så att den bättre än tidigare tillgodoser invånarnas behov med beaktande av den ekonomiska hållbarhetsaspekten.

Människors mångskiftande livssituationer och hälsoresurser bör uppmärksammas i planeringen av utvecklingsarbetet. Genom att ge företrädare för språkliga och kulturella minoriteter och personer med funktionsnedsättning möjlighet att delta i planeringen av arbetet beaktas dessa befolkningsgruppers särskilda behov vid främjandet av hälsa och vid utvecklingen av tjänster och kompetens.

2.2 Val av prioriteringar för västra Finland enligt delprogram

Från delprogrammen i Kaste-programmet har den regionala ledningsgruppen för Västra Finland valt följande åtgärder som centrala utvecklingsobjekt i regionen 2012–2015:

1 Riskgruppernas möjlighet till delaktighet, välfärd och hälsa förbättras

Särskilt utmaningarna i det första delprogrammet ses som ”knebiga problem” som kräver en genomgripande översyn och åtgärder över sektorsgränserna. De valda åtgärderna förväntas ha en positiv inverkan på försöken att minska skillnaderna i välfärd och hälsa och marginaliseringsutvecklingen i regionen.

- Metoderna för socialt arbete med vuxna (vuxensocialarbete) och social rehabilitering samt servicehandlingen förnyas. I arbetet drar man fördel av det strukturella sociala arbetet med förhöjt fokus på effektiviteten. Bland annat unga vuxna, hälso- och sjukvård för arbetslösa och det samlade vuxensocialarbetet prioriteras särskilt.
- Särskilda behov hos språkliga och kulturella minoriteter beaktas när tjänster och arbetsmetoder utvecklas.
- För missbrukar- och mentalvården utvecklas lågtröskeltjänster och tjänster som fungerar enligt principen ”en dörr in” samt tjänster som ska förankras. Som utgångspunkt för missbrukar- och mentalvården ses den samlade psykosociala rehabiliteringen som också omfattar t.ex. boendetjänster, dag- och arbetsverksamhet och övriga tjänster samt stödtjänster.
- I syfte att förbättra riskgruppernas hälsa och välfärd intensifieras samarbetet mellan kommuner och organisationer när produktionen av förebyggande tjänster ska planeras och genomföras.
- I utvecklingsarbetet utnyttjas klienternas expertis och erfarenheter genom att man ger klienterna möjlighet att delta i arbetet.

- Resultaten av det vuxensocialarbete samt missbruks- och mentalvårdsarbete som tidigare utförts i Västra Finland och i andra Kaste-regioner ges spridning och utnyttjas liksom välbeprövade handlingssätt, såsom ett brett utnyttjande av klientarbetsgrupper inom rehabiliteringen. Dessutom fortsätter åtgärderna för stödboende i enlighet med programmet för långtidsbostadslöshet.

II Förnyandet av tjänsterna för barn, unga och barnfamiljer fortsätter

Beträffande tjänsterna för barn, unga och barnfamiljer inriktar sig verksamheten på uppväxt- och utvecklingsmiljöerna. Metoder som tillämpas är att ingripa på ett tidigt stadium och utvidga verksamheter av typen familjecentraler i kommunerna samt minska orienteringen mot institutionsvård när det gäller barnskyddets vård utom hemmet.

- Verksamheten vid familjecentraler utvecklas och utvidgas regionalt i multiprofessionellt samarbete mellan familjer, kommuner, organisationer och andra aktörer. Barn och unga får stöd i sina egna uppväxtmiljöer. I ett klientorienterat synsätt betonas dels en förändring av sätten att producera tjänster, dels klientens eget deltagande.
- Elev- och studerandevårdsperspektivet stärks genom en sektorsövergripande analys av den samlade servicen, särskilt förhållandet mellan social- och hälsovården och skolorna liksom rådgivningsbyråerna. Inom den samlade servicen uppmärksammas motion, ungdom, konst- och kulturtjänster och kompetensen i den tredje sektorn.
- För att minska antalet omhändertaganden flyttas tyngdpunkten inom barnskyddet mot förebyggande åtgärder och tidigt stöd bland annat genom att det klientorienterade samarbetet mellan myndigheter utökas och man satsar på strukturell utveckling av barnskyddet och granskning av effekterna.
- God praxis från projektet Remontti sprids.

III Strukturen och innehållet i tjänsterna för äldre förnyas

När tjänsterna för äldre förnyas är det viktigt att man som en del av serviceplanen verkligen lyssnar på klienten och dennes anhöriga. För varje klient försöker man hitta en person som ansvarar för klientens samlade service, så att äldre som är i behov av stöd och deras närstående inte försvinner i servicenätet.

- Äldre får stöd så att de kan bo kvar hemma eller i en hemliknande miljö. I takt med att modeller och rutiner för öppenvård vinner insteg blir målet att äldre ska klara sig på egen hand eller med stöd och leva ett så rörligt liv som möjligt. I detta sammanhang är frivillig kulturverksamhet bland äldre en betydande faktor. Det är viktigt att stödåtgärderna inom rehabiliteringen fungerar smidigt.
- Samordningen och flexibiliteten av den samlade servicen och servicekedjorna stärks. Stöd ges till verksamheter som följer kvalitetsrekommendationerna och kommunernas äldrestrategier. Vidare ska innehållet i tjänsterna utvecklas och den gerontologiska kompetensen hos yrkesverksam personal förbättras. Utbildningen i geriatri och gerontologi för yrkesutbildad personal stärks, den psykiatriska kompetensen förankras i kommunerna och konsultationspraxis utvecklas.
- I samverkan med organisationer skapas multimodala strukturer för kamrattstöd, såsom aktiva grupper med uppgift att lindra ensamhet. Hemvården förnyas mot större klientorientering så att man när servicekonceptet utarbetas drar nytta av invånare, organisationer, företag, kommunal hemvård och ny teknik.

IV Servicestrukturen och basservicen förnyas

Ambitionen är att förnya servicestrukturen mot en större klientorientering. Aktörerna kommer att positioneras effektivare runt klienterna genom bättre utformning av servicen och genom att understryka vikten av att prevention i högre grad än tidigare ska vara en integrerad del av servicestrukturen. För tjänsternas del är målet bättre tillgång, tillgänglighet, effektivitet och verkan.

- Införandet av innovativa förfaranden och produktionssätt främjas i brett samarbete mellan privat, tredje och offentlig sektor till exempel i fråga om tjänstedesign och e-tjänster. Servicestrukturen förnyas för att stärka basservicen. Närservicen stärks och inom serviceproduktionen utnyttjas i större utsträckning än vad nu är fallet de möjligheter som den nya distanstekniken erbjuder.
- Nya klientorienterade vård-, rehabiliterings- och serviceformer utvecklas genom att kommuner och samkommuner inför klientråd, kamratstöd och expertis med egen erfarenhet i planering, testning och införande av servicen.
- Upprättandet och utnyttjandet av vård- och serviceplaner främjas och metoder och handlingsmodeller som stöder egenvård införs. Samarbete mellan kommuner och organisationer byggs upp med tanke på prevention och behandling av kroniska sjukdomar.
- Tillgången till tjänster förbättras och vårdköerna kortas genom förankring av programmet Fungerande hälsovårdscentraler och inom ramen för exempelvis verksamhet som följer modellen Bra Mottagning – Hyvä vastaanotto.
- Hälsa och välfärd främjas genom satsningar på tvärsektoriella strukturer och handlingsätt. Primärvården stärks och servicen förs närmare klienterna genom att hälsovårdscentraler och enheter som tillhandahåller social- och hälsovård ges tillgång till kompetens och tjänster på specialistnivå.

V Information och informationssystem omformas till stöd för klienter och fackfolk

Det finns en nära koppling mellan prioriteringen informationsproduktion och tekniska lösningar och det utvecklingsarbete som utförs på de övriga prioriterade områdena. E-tjänster anses spela en allt viktigare roll och i vissa avseenden som ett stöd för individens hälsa och välfärd. När det gäller arkitekturen för e-tjänster anses grunden för effektiva handlingsmodeller vara ett samordnat klient- eller patientdatasystem. Informationen om människors välfärd och hälsa stärks liksom informationen om social- och hälsovårdstjänster för att utnyttjas nationellt, regionalt och lokalt inom styrning, utveckling, tillsyn och forskning beträffande servicen. Målet är en automatisk sammanlänkning av sifferuppgifterna om verksamheten och ekonomin så att uppföljningen av klientuppgifter och verksamhetens kostnader tydligare stöder kunskapsledningen.

- Målet på lång sikt är ett enhetligt klient-/patientdatasystem som tillgodoser behoven inom såväl den specialiserade sjukvården och primärvården som socialväsendet i hela sjukvårdsdistriktet eller rentav i specialupptagningsområdet.
- I kommunerna möjliggörs e-tjänster i dess olika former i högre grad än i dag.
- Kommunerna inför allmänt elektroniska välfärdsberättelser till stöd för ledningen och utvecklar rutiner för uppföljning av och prognoser om välfärden.
- Kvalitetskriterier på landskapsnivå och servicekriterier på miniminivå tas fram, så att de val som klienterna träffar när de utnyttjar sin valfrihet kan grunda sig på jämförande information. I det tvärsektoriella arbetet på olika nivåer i nya organisationer stöds kvalitetsdefinitioner och processutveckling.

VI Ledningen som stöd för nya servicestrukturer och arbetshälsa

I regionen och i hela landet pågår flera processer som gäller strukturreformen. Den kunskaps- och förändringsledning som anknyter till implementeringen av reformerna är ett angeläget prioriterat område. Det är nödvändigt att utveckla ledarskapet och stärka kompetensen på strategisk nivå, processnivå och hos de närmaste cheferna. Målet är att förbättra effekterna av servicen och tillgången till tjänster och att medverka till större delaktighet och bättre arbetshälsa för personalen i en föränderlig omvärld. Förändringar sker på många olika nivåer, men i praktiken leds arbetet av de närmaste cheferna.

- Ledarskap och arbetshälsa ses som faktorer som berör hela kommunen. Ambitionen är att få arbetshälsa och anknytande insikter att gälla alla nivåer i verksamheten i olika organisationer.
- För att uppnå förändringar krävs det ledarskap och kompetens av ett nytt slag. Dessa stärks genom att man i samarbete med aktörer i regionen inleder regionala utbildningsprogram på hög nivå för ledningen av social- och hälsovården.
- Tillgången till kompetent och adekvat personal samt social- och hälsovårdens attraktionskraft tryggas genom att man dels stärker ledningskompetensen, dels bland annat tydliggör arbetsuppgifterna och deras förhållande till helheten. Målet är att påverka intresset för arbetet, arbetshälsan, viljan att förnya och stärka kompetensen och stanna kvar längre i arbetslivet.

3 INFORMATION OCH KOMMUNIKATION

Informationen och kommunikationen i Västra Finland har som syfte att medverka till att målen för Kaste-programmet uppnås. Social- och hälsovårdsministeriets rikstäckande kommunikationsplan för Kaste-programmet ligger till grund för den regionala planen. En särskild informations- och kommunikationsplan kommer att utarbetas för Västra Finland.

4 UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING

Verksamheten följs upp och utvärderas halvårsvis på initiativ av den regionala ledningsgruppen. Det väsentliga vid uppföljningen är att också lyfta fram annat arbete i regionen än det som utförs i projektform. Här spelar medlemmarna i den regionala ledningsgruppen, projektpersonalen och det arbete som utförs av Kaste-programmets externa bedömare en nyckelroll. Projektarbetet följs upp enligt de anvisningarna från finansören, och förutom styrgrupperna för projektet informeras också den regionala ledningsgruppen en gång om året om hur verksamheten framskrider.

Övrig verksamhet i regionen som bidrar till att målen för Kaste-programmet uppnås följs upp med programmets egna indikatorer. Regional statistik som följer indikatorerna för Kaste kommer att publiceras till stöd för utvärderingen av verksamheten när THL och SHM har enats om arbetsfördelningen. En del av åtgärderna kan också följas upp och utvärderas i formen "har genomförts, har inte genomförts".

Den regionala ledningsgruppen gör regelbundet interna utvärderingar av sin verksamhet i fråga om utfallet av såväl de funktionella som de ekonomiska målen. Utifrån utvärderingarna kan de regionala målen preciseras och åtgärderna och rutinerna ses över.

Källor

- 1) Social- och hälsovårdsministeriet, 2011. Medborgarenkät: Mest att förbättra i hälso- och sjukvårdstjänsterna <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1572052>
- 2) Statistikcentralen, 2012. Den preliminära folkmängden enligt region, februari 2012. http://www.stat.fi/til/vamuu/index_sv.html
- 3) Finansministeriet, 2011: En livskraftig kommun- och servicestruktur, del II Regional genomgång http://www.vm.fi/vm/sv/04_publicationer_och_dokument/01_publicationer/03_kommunerna/20120206Enlvs/002_Osa_II_kuntaudistus_RUOTSI_NETTI.pdf
- 4) Varsinais-Suomen Yrittäjät ry och Satakunnan Yrittäjät ry, 2012. Utlåtande om regionala utvecklingsbehov i det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården 2012–2015 (Kaste).

Vid sammanställningen av viktiga utvecklingsobjekt och åtgärder har man dragit nytta av material från följande diskussioner, sammanträden och möten:

- Den regionala ledningsgruppens sammanträde 3.5.2012
- Verkstäder för utarbetande av den regionala genomförandeplanen 3.4 och 24.4.2012
- Kommentarer från medlemmarna i den regionala ledningsgruppen
- Kommentarer från projektcheferna för Västra Finlands Kaste-projekt
- Regionala remisser och sammanträden i samband med projektförberedelserna i Satakunta
 - Raumo stad 11.4.2012
 - Pohjois-Satakunnan peruspalvelu-liikelaitoskuntayhtymä (Samkommunen för affärsverket för basservice i Norra Satakunta) och Kankaanpää stad, Kankaanpää 11.4.2012
 - Kommunerna i samkommunen för hälso- och sjukvården i Mellersta Satakunta, Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymä, och Eura och Kokemäki 16.4.2012
 - Vittis, Säkylä och Kjulo, Vittis 16.4.2012
- Sammanträden i samband med övriga projektförberedelser
- Organisationsmöten med Soste (tidigare STKL) och RAY
 - Åbo, 7.11.2011
 - Björneborg, 24.11.2011
- Regionrundor i anknytning till den lagstadgade planen för ordnande av hälso- och sjukvården i Egentliga Finland
 - Loimaaregionen, Loimaa 2.4.2012
 - De västliga kommunerna i Åboregionen, Reso 10.4.2012
 - Saloregionen, Salo 16.4.2012
 - Nystadsregionen, Nystad 18.4.2012
 - De östliga kommunerna i Åboregionen, S:t Karins 27.4.2012
- Utkast till genomförande för övriga Kaste-områden

REGIONAL GENOMFÖRANDEPLAN FÖR MELLANFINLAND

I BAKGRUND OCH MÅL

De viktigaste målen för det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste) är att dels minska skillnaderna i välfärd och hälsa, dels bygga upp klientorienterade strukturer och tjänster inom social- och hälsovården. För att nå målen har det utarbetats en rikstäckande och fem regionala genomförandeplaner.

Den regionala genomförandeplanen för Mellanfinland utgår från målet om en välfärds-kommun som den regionala ledningsgruppen redan under Kastes första programperiod sammanfattade på följande sätt:

I en välfärdskommun kan människor bo, arbeta och leva tryggt. Under hela sin livstid har de inom skälig tid tillgång till nödvändiga tjänster och nödvändigt stöd som tillhandahålls av en yrkeskunnig och kompetent personal som trivs med sitt arbete. I ett välfärdssamhälle betonas vid sidan av välfärdstjänsterna också vikten av närstående- och anhörignätverk.

I Mellanfinland står goda resultat och, som en del av dem, åtgärder som ökar effektiviteten, i centrum under programperioden. I den regionala genomförandeplanen beskrivs de prioriterade områden och åtgärder som utvecklingsarbetet i regionen särskilt behöver inriktas på. Syftet med de åtgärder som beskrivs i planen är att tillgodose de förväntningar som ställs på utvecklingen av social- och hälsovården såväl regionalt som i Kaste-programmet och den rikstäckande genomförandeplanen.

Nyckelorden för utvecklingen i Mellanfinland är delaktighet, produktivitet och ledarskap.

2 MELLANFINLAND

I Kaste-programmet hör fem landskap till regionen Mellanfinland: Päijänne-Tavastland, Egentliga Tavastland, Birkaland, Södra Österbotten och Österbotten. I slutet av 2011 hade dessa totalt 1 241 779 invånare.

Till de bestående strukturerna för utvecklingen av social- och hälsovården i Mellanfinland hör utöver regionens kommuner, samkommuner och läroanstalter på området också kompetenscentrumen inom det sociala området Verso, Pikassos, SONet BOTNIA och det svenskspråkiga FSKC. I de fem sjukvårdsdistrikten i regionen finns det eller inrättas det för närvarande en primärvårdsenhet till stöd för utvecklingen av den specialiserade sjukvården (ett universitetssjukhus och fem sjukvårdsdistrikt). I regionen har Institutet för hälsa och välfärd två regionala enheter (Tammerfors och Vasa), regionförvaltningsverket två enheter (Tammerfors och Vasa) och Arbetshälsoinstitutet en regional enhet i Tammerfors. Organisationerna på social- och hälsovårdsområdet är betydande resurser som tillhandahåller expertis och tjänster och bidrar till utvecklingen i regionen.

I Mellanfinland förväntas befolkningen öka i Egentliga Tavastland, Birkaland, Södra Österbotten och Österbotten. Kommunerna i Päijänne-Tavastland och Birkaland fördelar sig på basis av uppgifter om befolkningsutvecklingen i å ena sidan kommuner med en tydlig till-

växt, å andra sidan kommuner med befolkningsförlust. Migrationen riktar sig mot centralorter och deras kranskommuner. På utbildningsorterna tar det sig uttryck dels i ett positivt antal unga studerande, dels också i en hög ungdomsarbetslöshet på de berörda orterna.

I alla landskap i Mellanfinland finns en likartad trend i befolkningsutvecklingen: antalet unga under 18 år liksom antalet personer i arbetsför ålder sjunker långsamt och antalet personer över 65 år ökar. Utvecklingen i hela landet har samma inriktning som i Mellanfinland (källa: Sotkanet).

I alla landskap finns det kommuner där antalet äldre personer i förhållande till den arbetsföra delen av befolkningen växer kraftigt. Den åldrande befolkningen och förändringarna i försörjningskvoten samt långa avstånd medför ett stort behov av att förnya och utveckla tjänsterna. Oberoende av ålder och bostadsort behöver kommuninvånarna en förebyggande och effektiv basservice, lättillgänglig närservice och vid behov specialtjänster.

Tabell 1. Folkmängden i landskapen i Mellanfinland 2011

	0–18-åringar, % av befolkningen	Arbetslösa, % av arbetskraft i åldern 18–24 år 2010	Långtidsarbetslösa, % av arbetslösa år 2010	Personer över 75 år, % av befolkningen	Personer över 80 år, % av befolkningen	Utländska medborgare, % av befolkningen
Päijänne-Tavastland	20,2	16,6	24,1	8,9	5,2	2,6
Egentliga Tavastland	21,4	14,4	22,4	9,2	5,6	1,9
Birkaland	20,9	15,7	23,9	8,3	5,0	2,5
Södra Österbotten	22,3	12,9	17,5	10,0	6,1	1,2
Österbotten	22,3	8,9	16,2	9,5	5,9	4,2

Päijänne-Tavastland

Landskapet Päijänne-Tavastland består av 11 kommuner som hade totalt 202 236 invånare år 2011. Det är cirka 3,7 procent av hela befolkningsmängden i Finland. Det största antalet fanns i Lahtis som hade 102 308 invånare. Landskapet har fem kommuner med under fem tusen invånare. Alla kommuner i Päijänne-Tavastland hör till Lahtis ekonomiska region.

På många områden är så gott som alla landskapets kommuner involverade i samarbetet mellan kommunerna. Bara social- och hälsovården är ett konkret undantag. Städerna Lahtis och Heinola ingår inte i de nuvarande samarbetsområdena för social- och hälsovården i Päijänne-Tavastland. Samarbetsområdena för social- och hälsovården i Päijänne-Tavastland är affärsverket Peruspalvelukeskus Oiva och affärsverket Peruspalvelukeskus Aava som drivs av samkommunen för social- och hälsovård i Päijänne-Tavastland (PHSOTY).

Till PHSOTY:s ansvarsområden hör specialiserad sjukvård, social- och primärvård samt miljö- och hälsoskydd. Samkommunen tillhandahåller tjänster inom specialiserad sjukvård till alla kommuner i Päijänne-Tavastland och dessutom till Itis som hör till Kymmenedalen samt till Pukkila och Mörskom som hör till Nyland. PHSOTY:s affärsverk Peruspalvelukeskus Aava tillhandahåller social- och primärvårdstjänster till sju kommuner i Päijänne-Tavastland och till Itis, Mörskom och Pukkila.

Samkommunen Eteva har tillsammans med kommunerna i Nyland och Egentliga Tavastland ansvar för specialomsorgerna för utvecklingsstörda.

Egentliga Tavastland

Landskapet Egentliga Tavastland består av 11 kommuner som hade totalt 175 230 invånare år 2011. Det är cirka 3,2 procent av hela befolkningens mängd i Finland. Kommunen med flest invånare i landskapet är Tavastehus med 67 270 invånare. I Tavastehusregionen genomfördes 2009 en omfattande kommunsammanslagning. Kommunerna i Egentliga Tavastland hör till tre olika ekonomiska regioner.

Alla kommuner i landskapet hör till Centrala Tavastlands sjukvårdsdistrikt. Samkommunen Eteva ansvarar tillsammans med kommunerna i Nyland och Egentliga Tavastland för specialomsorgerna för utvecklingsstörda.

Birkaland

Landskapet Birkaland består av 22 kommuner med totalt 491 472 invånare (2011). Det är cirka 9,1 procent av hela befolkningens mängd i Finland. Den största kommunen i landskapet är Tammerfors med 215 168 invånare. I Birkaland genomfördes flera kommunsammanslagningar under 2000-talet. Kommunerna i landskapet bildar fem ekonomiska regioner som också anlitas för social- och hälsovårdstjänster. Staden Tammerfors producerar tjänster också för andra kommuner i Birkaland.

Kommunerna i Birkaland hör till Birkalands sjukvårdsdistrikt. Efter att samkommunen för socialvård upplöstes har öppenvården för utvecklingsstörda överförts till kommunerna.

Södra Österbotten

Landskapet Södra Österbotten består av 19 kommuner som enligt statistiken för 2011 hade totalt 193 735 invånare. Det är 3,6 procent av hela befolkningen i landet. Den största kommunen i landskapet är Seinäjoki med 58 703 invånare. I landskapet genomfördes fyra kommunsammanslagningar på 2000-talet. Kommunerna i området hör till fyra olika ekonomiska regioner. Staden Seinäjoki och Storkyro kommun har bildat ett samarbetsområde för primärvården som sträcker sig över landskapsgränserna.

Södra Österbottens sjukvårdsdistrikt tillhandahåller tjänster inom den specialiserade sjukvården till kommunerna i Södra Österbotten och dessutom till Storkyro kommun som hör till landskapet Österbotten. Staden Seinäjoki producerar primärvårdstjänster för Storkyro. Eskoo samkommun för social service svarar för specialomsorgerna för utvecklingsstörda i kommunerna i Södra Österbotten och Österbotten.

Österbotten

De 16 kommunerna i Österbotten utgör med sina 179 106 invånare 3,3 procent av hela landets befolkning (2011). Den största staden i landskapet är Vasa med 60 398 invånare. Landskapets kommuner har i genomsnitt något över 11 000 invånare medan genomsnittet för kommunerna i hela landet ligger under 16 000 invånare. Den minsta kommunen i landskapet är Kaskö med under 1 500 invånare.

På 1970-talet genomfördes omfattande kommunsammanslagningar i Österbotten. Efter det har det genomförts bara några enstaka sammanslagningar. Kommunerna i området hör till fyra ekonomiska regioner och bildar fem samarbetsområden.

Utmärkande för Österbotten är tvåspråkighet: i landskapet finns svensk-, finsk- och tvåspråkiga kommuner. Av landskapen i Mellanfinland har landskapet dessutom flest invandrare i förhållande till folkmängden.

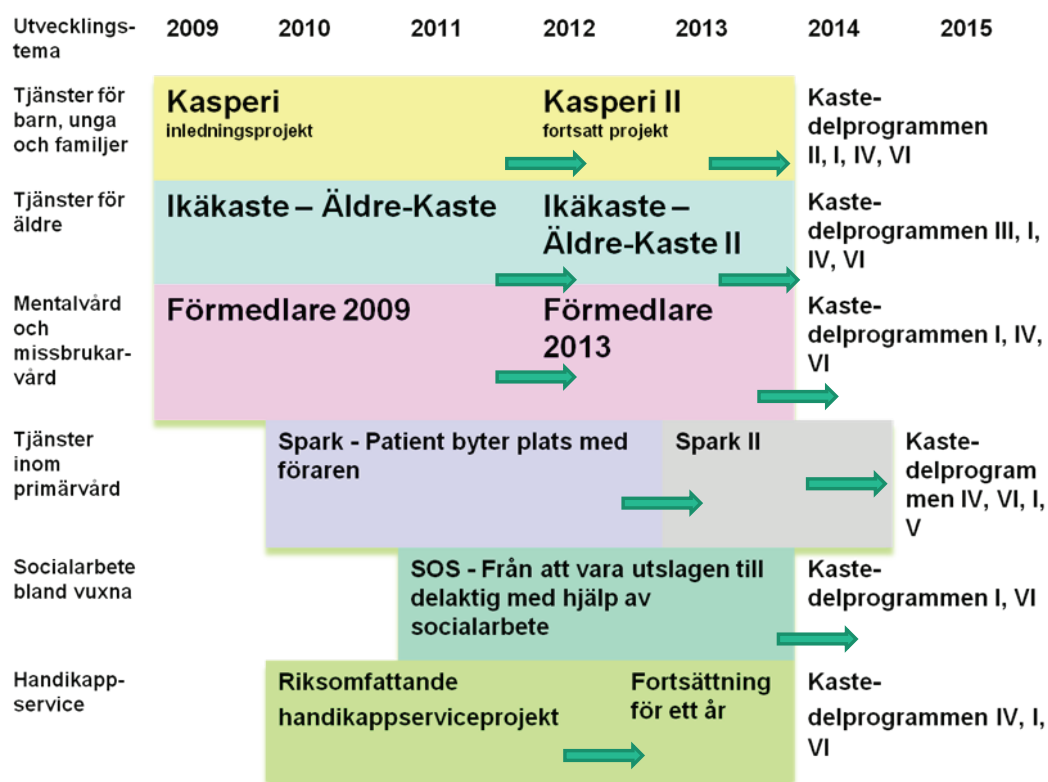
Kommunerna i landskapet Österbotten hör till Vasa sjukvårdsdistrikt där de får specialiserad sjukvård. Ett undantag är Storkyro som tillhandahåller specialiserad sjukvård i Södra Österbottens sjukvårdsdistrikt och primärvård i staden Seinäjoki. Kommunen Kronoby hör

till Österbotten, men får specialiserad sjukvård i Mellersta Österbottens sjukvårdsdistrikt. Vasa sjukvårdsdistrikt har ett befolkningsunderlag på 166 000 invånare. Eskoo samkommun för social service svarar för specialomsorgerna för de finskspråkiga utvecklingsstörda i Österbotten och Kårkulla samkommun för specialomsorgerna för de svenskspråkiga utvecklingsstörda i landskapet.

3 KASTE MELLANFINLAND

I Mellanfinland har man alltid aktivt utvecklat social- och hälsovården. Fortfarande pågår fem stora utvecklingsprojekt inom ramen för Kaste-programperioden 2008–2011. Projekten som följer de prioriteringar som den regionala ledningsgruppen ställt upp har beviljats sammanlagt 26 miljoner euro i statsunderstöd. Dessutom har man deltagit i två projekt som administrerats på annat håll. Projekten har gemensamma beröringspunkter med delprogrammen i Kaste 2012–2015.

I Kaste Mellanfinland utvecklas tjänster för barn, unga och barnfamiljer, mental- och missbrukarvården, tjänster för äldre och socialt arbete med vuxna. Primärvården utvecklas genom stöd till hälsovårdscentralerna i området och åtgärder som bidrar till att hälsovinstmödeln införs som handlingsmodell i vården av kroniskt sjuka patienter. Aktörer i området är starkt engagerade också i det rikstäckande handikappserviceprojektet.



Figur 1. Utvecklingsobjekt och projekt för Kaste Mellanfinland.

Stor vikt fästs fortfarande vid utvecklingen av dessa områden. Under programperioden 2008–2011 har utvecklingsarbete inletts med inriktning på följande områden och projekt:

- Tjänster för barn, unga och familjer
(Kasper i och Kasper i II, www.kasperihanke.fi)
- Tjänster för äldre
(Ikäkaste – Äldre-Kaste och Ikäkaste – Äldre-Kaste II, www.ikakaste.fi)

- Mental- och missbrukarvård
(Välittäjä 2009, Välittäjä 2013, www.valittajahanke.fi)
- Primärvård
(Potku – Potilas kuljettajan paikalle (Låt patienten ta förarens plats) och Potku II, www.potkuhanke.fi)
- Vuxeninriktat socialt arbete
(SOS – Från marginaliserad till socialt integrerad genom socialt arbete, www.sos-hanke.fi)
- Handikappservice
(Det riksomfattande handikappserviceprojektet, www.vammaispalveluhanke.fi)

De senaste utvecklingsobjekten på området 2012–2015 handlar om att införa och utveckla redskapet *välfrädsstrukturer och elektroniska välfrädsberättelser* i Birkaland som ett led i projektet Terveempi Pohjois-Suomi (TerPS2, www.hyvinvointikertomus.fi) som genomförs i Norra Finland. I området har man dessutom utvecklat en attraktiv hälso- och sjukvård inom ramen för det rikstäckande utvecklingsprojektet VeTe 2009–2011 (www.vete.fi).

Den regionala ledningsgruppen har som mål att den regionala genomförandeplanen ska ingå i kommunernas strategiarbete och stödja välfrädsledningen i kommunerna. Många aktörer i regionen utför också utvecklingsarbete på eget initiativ för vilket det inte har ansökts om statsunderstöd via Kaste-programmet men som bidrar till att målen för programmet uppnås. Under den programperiod som nu har inletts syftar utvecklingen av den kommunala social- och hälsovården till att öka hälsan och välfräden såväl bland klienter som i befolkningen. Kommuninvånarnas möjligheter att delta i planeringen och genomförandet av tjänsterna måste förbättras. Det är inte bara social- och hälsovårdens uppgift att främja hälsa och välfräde, utan det behövs ett tvärssektoriellt samarbete inom kommunen liksom samarbete med andra aktörer.

Kaste-programmet genomförs i Mellanfinland med stöd av experter vid Institutet för hälsa och välfräde (THL). Social- och hälsovårdsministeriet (SHM) och THL har förberett en rikstäckande genomförandeplan som stöder den regionala genomförandeplanen. THL erbjuder expertstöd såväl för delprogrammen som enligt temaområde (t.ex. mentaltvårds- och missbruksfrågor och planen Mieli). I samråd med de ansvariga för delprogrammen och Innobyns lärandenätverk (www.innokyla.fi) erbjuder en expertgrupp för utvärderingsstöd vid THL stöd vid utvärderingen av projekten inom Kaste-programmet. Vid THL samordnas åtgärder som gäller Kaste-programmet av programchefen.

I Mellanfinland utför organisationerna inom social- och hälsovården ett viktigt utvecklingsarbete. Penningautomatföreningen (Ray) har 2012 beviljat allmänna understöd, verksamhetsunderstöd, projektunderstöd och investeringsunderstöd till organisationer och föreningar som bedriver verksamhet i regionen till ett sammanlagt belopp av 21,8 miljoner euro.

Under den förra programperioden intensifierades samarbetet mellan kommuner/samkommuner och organisationer. Stödet för projekten har använts för att försöka hitta organisationer och engagera dem i det lokala, regionala och rikstäckande utvecklingsarbetet. Det är nödvändigt med ett utökat och mer mångsidigt samarbete mellan kommuner och organisationer när genomförandet planeras och organiseras, projekten bereds och utvecklingsarbetet bedöms. Det kräver att man känner till och förstår arbetet i organisationer och kan identifiera den kompetens som behövs bland annat via gemensamma utbildningar. Expertisen i organisationerna lyfts fram och beskrivs konkret i samband med att Kaste-projekten i regionen genomförs.

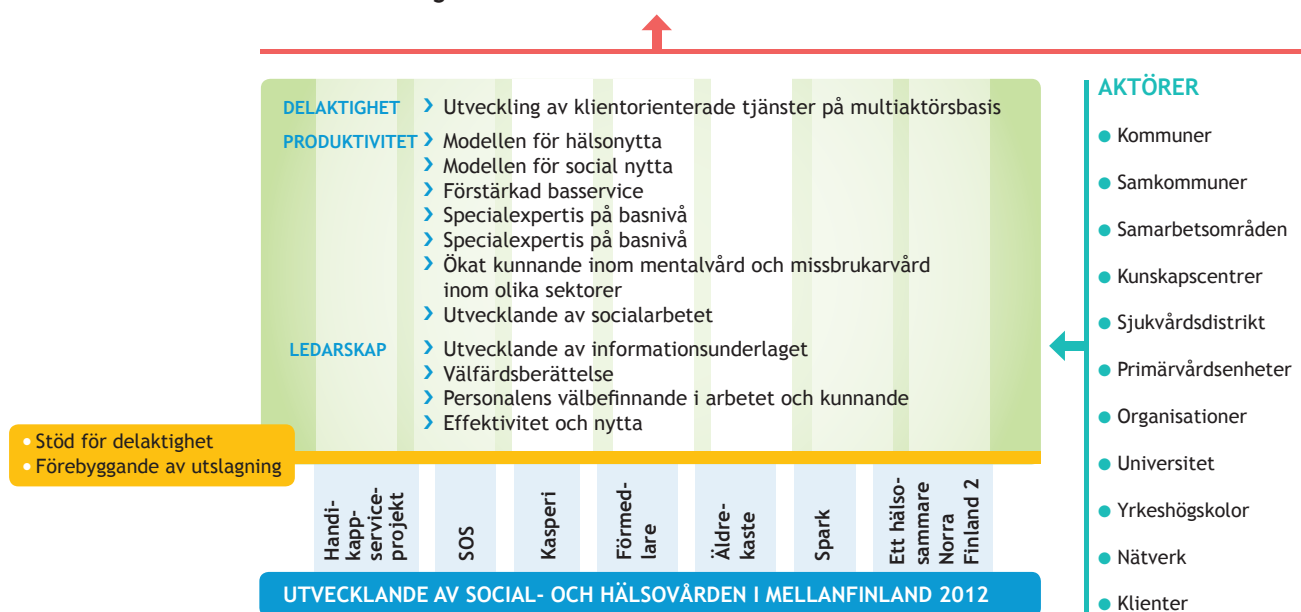
Det är också viktigt att förbättra social- och hälsovårdspersonalens arbetshälsa. Arbetsbelastningen ökar i takt med att antalet äldre i befolkningen blir fler och många

sjukdomar blir allt mer långvariga. Mentala problem, missbruksproblem och andra typer av beroenden blir allt vanligare, vilket skapar ett behov av nya serviceformer och arbetsmetoder.

4 NUVARANDE PRIORITERINGAR I UTVECKLINGEN AV SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN I MELLANFINLAND

I Mellanfinland främjas utvecklingen av social- och hälsovårdstjänster med utgångspunkt i delprogrammen inom Kaste-programmet. I de projekt som nu pågår är utvecklingen inriktad inte bara på målen för ett enda delprogram. Under de närmaste åren är ambitionen den att de modeller som tas fram ska kunna tillämpas på tjänster för olika klientgrupper. I Mellanfinland har man lyft fram frågor och resultat som kan vidareutvecklas med utvecklingsuppgifterna och arbetet som grund.

Sammanhängande kedja av social- och hälsovårdstjänster som främjar klientorientering för människor i alla åldrar



Figur 2. Nuläge och nya mål för utvecklingen av social- och hälsovården i Mellanfinland

Utvecklingsarbetet har gett sektorsövergripande klientorienterade tjänster för barn, unga och familjer, för unga vuxna och för äldre människor. De goda rutiner och handlingsmodeller som tagits fram inom projekten kommer att spridas och förankras med hjälp av bland annat Innoby.

Utvecklingsarbetet fortsätter 2013 och 2014. Under nästa år görs en bedömning av vilka åtgärder inom Kaste-programmet som redan har genomförts, vilka som ännu är oavslutade och behöver stöd för att kunna förankras och vilka åtgärder som ytterligare behövs för att bemöta framtida utmaningar. Vid bedömningen av kommande utvecklingsbehov kan man under de närmaste åren också dra nytta av informationen i kommunernas välfärdsberättelser.

Förberedelserna av nya utvecklingsprojekt samordnas av kompetenscentrumen, och i arbetet utnyttjas projektledarnas sakkunskap och erfarenhet samt stödet från genomförandet av delprogrammen.

5 DELPROGRAMMEN I KASTE-PROGRAMMET OCH UTVECKLINGSARBETE I MELLANFINLAND

I Delaktighet och hälsa i riskgrupperna

Insatser som ökar delaktigheten och stärker det sociala engagemanget bland människor i olika åldrar prioriteras. Man inriktar sig särskilt på unga vuxna, barn, unga och familjer som löper risk för marginalisering samt äldre kommuninvånare. Det är viktigt att förbättra rehabiliteringen av långtidsarbetslösa och öka deras möjligheter att delta. För att minska problemen är det av stor vikt att man förebygger och identifierar mentala problem och missbruksproblem hos riskgrupperna, förbättrar metoderna inom socialt arbete med vuxna (vuxensocialarbete) och utvecklar tjänster som ökar de äldres delaktighet.

Städerna Tammerfors och Lahtis deltar i ett program som syftar till att minska långvarig bostadslöshet. Till följd av att institutionsvården har minskat finns det i regionen ett behov av att förbättra boendeservicen för andra grupper, såsom rehabiliteringsklienter inom mentaltvården och personer med funktionsnedsättning, och stärka sakkunskapen på området.

Det utvecklingsarbete som inriktar sig på att öka delaktigheten och förebygga marginaliseringen utförs inom ramen för pågående projekt, i synnerhet inom projektet Välttjäjä 2013 (där ett av de fyra delmålen är att öka delaktigheten) och inom projektet SOS. Den planerade starten av SOS-projektet har försenats med drygt ett halvår på grund av problem med rekrytering.

Med hjälp av utvecklingsåtgärderna inom SOS-projektet stärks delaktigheten när det gäller klienterna inom det sociala arbetet för vuxna och förebyggs marginalisering genom att man dels utvecklar ett socialt arbete med vuxna liksom servicestrukturer och serviceprocesser som är aktiverande och rehabiliteringsinriktade, dels formar yrkes- och uppgiftsstrukturerna på området. I praktiken är målet att klienterna ska delta i sina processer och i utvecklingen av socialt arbete med vuxna som experter med egen erfarenhet. De systematiska och effektiva serviceprocesserna stärks om man förbättrar servicestrukturerna och samarbetsnätverken. Under arbetets gång profileras klientrelationerna inom socialt arbete med vuxna och stärks informationsproduktionen på området. En av åtgärderna inom projektet SOS är också att definiera och lägga fast innehållet i begreppet social nytta. Olika organisationer är viktiga utvecklingspartners.

Syftet med det utvecklingsarbete som utförs inom SOS-projektet är att uppfylla målen för delprogram I och genomföra projektåtgärderna på det regionala planet. I Mellanfinland förbereds en fortsättning på SOS-projektet inför ansökningen för 2012. Utvecklingsmoment från dels mentalvårds- och missbruksarbetet inom projektet Välttjäjä, dels arbetet med att stödja familjer inom projektet Kasperii knyts starkt till det fortsatta projektet.

I Mellanfinland finns det också erfarenheter av att förebygga olika former av våld och det illabefinnande som detta medför (bl.a. projektet Välttjäjä 2013). Som ett led i det riksomfattande genomförandet förbereds i samarbete med Tammerfors stad och Institutet för hälsa och välfärd ett nytt särskilt pilotprojekt, en barnhusmodell, inför ansökningen för 2012.

II Valfungerande tjänster för barn, unga och barnfamiljer

De sex delprojekten inom projektet Kasperii II är inriktade på förebyggande tjänster, särskilt stöd inom basservicen och intensivmodeller. Gemensamma teman är service till utvecklingsmiljöerna, särskilt till hemmen, bedömning av servicebehovet och servicehandledning. Syftet med utvecklingsarbetet är att få till stånd bättre och mer allsidiga tjänster och att förebygga marginalisering av barn, unga och barnfamiljer. Ambitionen är

att upptäcka problem på ett tidigt stadium och införa effektiva handlingsmodeller och metoder och att planera, genomföra och fatta beslut om tjänster för barn och unga med stöd av mångsidig information från olika källor.

Projektet Kasper II, som syftar till att utveckla tjänster för barn, unga och familjer, fortsätter fram till 2013. Under 2013 kommer man att utvärdera eventuella nya utvecklingsbehov och utvecklingsmål och utarbeta en ny plan för den fortsatta utvecklingen i enlighet med de rikstäckande och regionala målen för delprogrammet. I regionen behöver i synnerhet barnskyddet utvecklas. Kompetensen inom mental- och missbrukarvården knyts till utvecklingsarbetet.

III Bättre tjänster för äldre

Inom projektet Ikäkaste – Äldre-Kaste II och dess fem delprojekt i landskapet utvecklas tjänster för äldre. Temaområden är 1) klientorienterade servicekoncept i tjänsterna för äldre och 2) rådgivning, servicehandledning och bedömning av servicebehovet samt tjänster som stärker äldres hälsa och välfärd.

Åtgärderna inom projektet hjälper kommunerna att se över heldygnsvården mer i riktning mot en servicemodell i en nivå (serviceområden, servicecampus), skapa allsidiga tjänster som hjälper äldre att bo kvar hemma, ta fram rådgivningstjänster för äldre, förankra välbeprövade verktyg och utveckla nya verktyg för klientstyrning och bedömning av servicebehov. Projektarbetet har också som mål att främja och förankra spridningen av en förebyggande verksamhetskultur i handlings- och arbetsmetoderna och i den samlade servicen.

Inom ramen för projektet Ikäkaste – Äldre-Kaste II genomförs på fyra Kaste-områden delprojektet "Ikälain pilotointi", där delar av innehållet i den så kallade äldreomsorgslagen testas i kommunerna. Det är fråga om en allsidig bedömning av servicebehovet (att säkerställa att äldre får högkvalitativa och effektiva tjänster allt efter sina behov, och för detta krävs det adekvat och allsidig kompetens), införande av ansvariga personer i kommunerna till stöd för äldre och deras anhöriga/närstående när vård-, service och rehabiliteringsplanen ska genomföras och alla delar samordnas och utvärderas samt större delaktighet för äldre dels när tjänster som gäller dem själva planeras, genomförs och utvärderas, dels via äldreråd.

En bedömning av behovet av nya riktlinjer för utvecklingen av tjänster för äldre görs 2013 som är avslutningsåret för projektet Ikäkaste – Äldre-Kaste II.

IV Ny servicestruktur och effektivare basservice

Syftet med utvecklingen av servicestrukturerna är att förbättra tillgången till tjänster liksom deras åtkomlighet och effekter. Alla pågående projekt i Mellanfinland är inriktade på klientorienterade tjänster och handlingsmodeller. Tanken är att utveckla och stärka den klientorienterade basservicen bland annat genom att dra nytta av tekniska lösningar och öka tjänsternas tillgänglighet.

Bland annat den utveckling av mental- och missbrukarvården som inleddes inom Österbotten-projektet 2005 är exempel på ett aktuellt långsiktigt utvecklingsarbete som bygger på delprogrammet. Inom projektet Potku utförs ett arbete som syftar till att förändra serviceprocesser och servicestrukturer och som går ut på att vid hälsovårdscentralerna införa arbetssätt som följer hälsovinstmodellen, att utarbeta vård- och rehabiliteringsplaner och ta fram metoder för egenvård. Utvecklingsarbetet fortsätter ända tills projektet Potku II avslutas 2014. Senast då kommer man att utvärdera metoderna för förankring och spridning av hälsovinstmodellen och eventuella nya utvecklingsbehov inom primärvården.

I Birkaland är 20 kommuner med i TerPS2-projektet som startade våren 2012. Inom projektet stärks sektorsövergripande kommunala strukturer som främjar hälsa och välfärd. Ambitionen är också att förbättra utvärderingen av handlingsmodeller som främjar hälsa och välfärd och spridningen av effektiv praxis.

V Information och informationssystem som stöder klienter och fackfolk

Delprogrammet har en nära anknytning till övriga delprogram. De centrala utvecklingsbehoven gäller insamlingen och användningen av information när tjänsterna planeras och till utökade möjligheter för kommuninvånarna att kommunicera elektroniskt. Genom att stärka den regionala produktionen av information, förbättra informationssystemen och ta fram nya tekniska lösningar i samarbete med aktörer i hela landet kan såväl personal som kommuninvånare få tillgång till fungerande och effektiva tjänster.

Under den förra programperioden utvecklades elektroniska välfärdsberättelser som verktyg inom ramen för Kaste-projekten i Norra och Östra Finland. Utvecklingsarbetet och införandet av verktyget främjas inom TerPS2-projektet inom ramen för ett delprojekt i kommunerna och sjukvårdsdistriktet i Birkaland. Verktyget har införts också i många andra kommuner i Mellanfinland. TerPS2-projektet stöder kommunernas välfärdsarbete mot en sektorsövergripande och tvärfunktionell samlad modul som planeras, styrs, genomförs och utvärderas under kollektivt ansvar. Den elektroniska välfärdsberättelsen ger information om olika befolkningsgrupper och används som ett hjälpmedel för ledningen. Den elektroniska välfärdsberättelsen är till nytta när den kommunala ekonomin och verksamheten planeras, genomförs och utvärderas.

Via projektet Vältittäjä 2013 bygger man upp en elektronisk ungdomsstation, Netti Klaara, i Vasa, och sammanför också andra tjänster inom mental- och missbrukarvården och aktörer på området till en webbaserad tjänst. Inom projektet Potku samordnas registreringsrutinerna, till exempel vårdplanerna blir klientorienterade. Indikatoruppgifter som samlats in om vården av patienterna används för att utveckla vården.

SADe-programmet har kallat aktörer i kommuner och organisationer som är intresserade av att gemensamt utveckla den samlade servicen inom social- och hälsovården till samarbete. År 2012 har Mellanfinland skickat tre projektförslag till SADe-programmet: NettiKlaara (Vasa stad), Terveystaltio (projektet Kurkiaura) och ELVI – ett virtuellt program för livsstilsrådgivning (Pshp). Parallellt med projektförberedelserna följer man upp SADe-programmet och intensifierar samarbetet med det.

VI Ledningen som stöd för servicestrukturer och arbetshälsa

Att stärka ledarskapet ses som ett centralt utvecklingstema. Utvecklingsarbetet inriktas på strategisk ledning, förändringsledning och sektorsövergripande ledning. Genom ledarskap stöder man bland annat kommuninvånarnas delaktighet och personalens välbefinnande och hälsa.

Bland annat genom att dra fördel av befintliga rikstäckande och regionala ledarskapsnätverk stöder man ledningen. Inom TerPS2-projektet stärker man det sektorsövergripande och tvärfunktionella samarbetet med målet att främja hälsa och välfärd i befolkningen genom att planera, styra, genomföra och utvärdera arbetet under gemensamt ansvar.

Bland annat genom en utveckling av strategierna för den kommunala mental- och missbrukarvården i enlighet med planen Mieli 2009 stärks välfärdsarbetet i kommunerna i synnerhet i Birkaland och Södra Österbotten (Österbotten-projektet).

6 TIDSPLAN FÖR UTVECKLINGSARBETET I MELLANFINLAND

Den regionala ledningsgruppen ska utarbeta en utvecklingsplan, som anger att tjänsterna vid behov utvecklas via flera olika kanaler med stöd av projekt som finansieras av olika finansiärer och som bildar en samlad modul som förenas av ett gemensamt mål (figur 3). Varje år förbereds, beroende på det regionala behovet, ett stort och ett till tre mindre projekt. När arbetet planeras drar man också nytta av stödet från den nationella genomförandeplanen. Servicestrukturreformen påverkar i sin tur det regionala utvecklingsarbetet.

2012

- Ansökningstiden för statsunderstöd 2013 går ut 31.12.2012. Besluten om statsunderstöd meddelas 2/2013 och projekten pågår fram till 10/2015.
- Projektet SOS II är det stora projekt som förbereds och till det knyts element från Välttjäja och Kasper. Till projektet kopplas med andra ord mentalvårds- och missbruksarbete liksom socialt arbete med vuxna som utförs i familjer.
- Under året undersöks möjligheterna att söka statsunderstöd för det mindre projektet Helmi, där tanken är att ur de senaste årens utvecklingsarbete söka fram pärlor och nya lovande uppslag som kräver extra insatser och senare förberedelse av ett mer omfattande utvecklingsprojekt för att de ska kunna utvecklas, förankras och spridas.
- Till de mindre projekten som förbereds hör ett utvecklingsprojekt för barnskyddet.
- Pilotprojektet kring en barnhusmodell förbereds och för det ansöks särskilt om statsunderstöd för 2012.
- I Mellanfinland beaktas lagen om organisation, finansiering, utveckling och tillsyn av social- och hälsovården (den s.k. organisationslagen) som införs med tanke på genomförandet av servicestrukturreformen och som förbereds i en arbetsgrupp för servicestrukturen vars mandat går ut i slutet av 2012.

2013

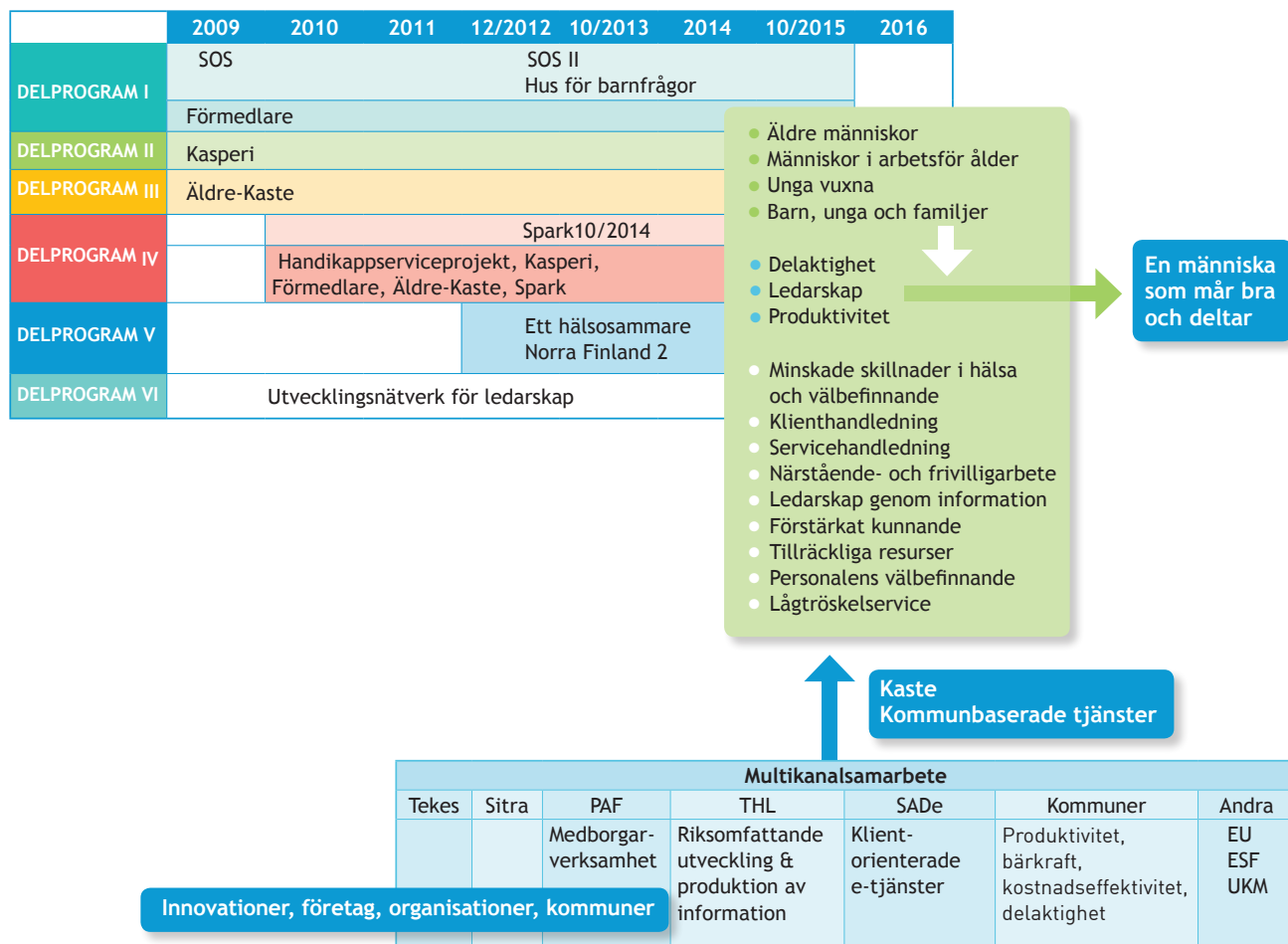
- Tiden för ansökan om statsunderstöd för 2014 går ut 30.9.2013. Besluten om statsunderstöd meddelas 1/2014 och projekten pågår fram till 10/2016.
- Eventuella nya behov av att utveckla tjänsterna för olika åldersgrupper kommer att utvärderas.
- En ny samlad projektplan (1 + 1–3 projekt) ska förberedas i samarbete mellan kommuner, organisationer och andra aktörer. Förberedelserna samordnas av kompetenscentrumen inom det sociala området under ledning av den regionala styrgruppen.
- Gemensamma teman för Mellanfinlands nya projektplan är delaktighet, produktivitet och ledarskap. Utvecklingsobjekt som anknyter till temana är bland annat klientstyrning, klientrådgivning, förebyggande av marginalisering, servicehandledning, anhörig- och frivilligarbete, kunskapsbaserad ledning, stärkande av kompetensen, säkerställande av tillräckliga resurser, personalens hälsa och välbefinnande, minskning av skillnaderna i hälsa och välfärd, bedömning av servicebehovet, servicekedjor och lågtröskeltjänster.
- I planeringen av utvecklingsarbetet i Mellanfinland beaktas den planerade strukturlagen om starka primärkommuner. Lagen träder i kraft senast den 1 maj 2013. Staten kommer i slutet av året att göra en utvärdering av hur kommunreformen framskrider.

2014

- Ansökningstiden för statsunderstöd 2015 går ut 30.9.2014. Besluten om statsunderstöd meddelas 1/2015 och projekten pågår fram till 10/2017.
- Den regionala ledningsgruppen ska utvärdera nya utvecklingsteman 2013–2014.

2015

- Ansökningstiden för statsunderstöd 2016 går ut 30.9.2015. Besluten om statsunderstöd meddelas 1/2016 och projekten pågår fram till 10/2018.
- Den regionala ledningsgruppen ska utvärdera nya utvecklingsteman 2014–2015.



Figur 3. Det nya utvecklingsarbetet i Mellanfinland för samman oavslutade teman som ska förankras och som är gemensamma för de projekt som avslutas 2013 till en ny utvecklingsplan och ett nytt projekt.

7 INFORMATION OCH KOMMUNIKATION

Kaste-programmets rikstäckande informations- och kommunikationsplan ligger till grund för den regionala planen. Syftet med den regionala informationen och kommunikationen är att medverka till att Kaste-programmet integreras i det strategiska arbetet i kommunerna och att de regionala och rikstäckande målen för Kaste-programmet uppnås.

Den regionala ledningsgruppens mötespromemorior läggs ut på regionens webbsidor www.tampere.fi/kaste. Mellanfinlands elektroniska Kaste-viesti delas ut efter behov.

När den regionala genomförandeplanen är klar skickas den för kännedom till alla kommuner i Mellanfinland. Med tanke på det ordnas ett seminarium i november 2012.

Med den regionala genomförandeplanen följer en sammanfattning som översätts till svenska.

8 UTVÄRDERING

Den regionala ledningsgruppen följer kontinuerligt upp hur Kaste-programmet och i synnerhet hur de utvecklingsåtgärder som anges i den regionala genomförandeplanen framskrider. Utvecklingsarbetet inom projekten följs kontinuerligt via projektledarnas uppföljningsrapporter. Projektledarna deltar också i den regionala ledningsgruppens möten.

Vid uppföljningen är det viktigt att också få fram andra uppgifter än bara de som gäller projektarbetet i regionen. Övrig verksamhet i regionen som medverkar till att målen för Kaste-programmet uppnås följs upp med programmets egna indikatorer. Regional statistik som följer indikatorerna för Kaste kommer att publiceras till stöd för utvärderingen av verksamheten när THL och SHM har enats om arbetsfördelningen. En del av åtgärderna kan också följas upp och utvärderas i formen ”har genomförts, har inte genomförts”.

Källor

Finansministeriet 2011: En livskraftig kommun- och servicestruktur, del II Regional genomgång

http://www.vm.fi/vm/sv/04_publicationer_och_dokument/01_publicationer/03_kommunerna/20120206Enlivs/002_Osa_II_kuntauudistus_RUOTSI_NETTI.pdf

Sotkanet: befolkningsuppgifter

BILAGA 3

KASTE-PROGRAMPERIODEN 2008–2011 SOM UNDERLAG FÖR DELPROGRAMMET BARN, UNGA OCH BARNFAMILJER

Spjutspetsar och prioriteringar för Kaste-programperioden 2012–2015:

1. Familjecentralsverksamhet
 - a. vänder sig till barn under skolåldern och deras familjer
 - b. innehåller multidisciplinära tjänster
 - c. innefattar praxis och metoder som befunnits vara bra (förankring)
 - d. avser att stärka personalens kompetens
 - e. kräver samarbete mellan aktörerna
 - f. förutsätter ett familjecentrerat angreppssätt
 - g. familjecentralen är en mötesplats för familjer.
2. Elev- och studerandevården består av
 - a. välbefinnande, säkerhet, hälsa och verksamhetskultur i studiemiljö och studerandegrupper
 - b. praxis och metoder som befunnits vara bra (förankring)
 - c. stöd till barn inom barnskyddet
 - d. familjecentrerat och multidisciplinärt angreppssätt
 - e. uppsökande ungdomsarbete (unga som slutat skolan).
3. Barnskyddet
 - a. metoder och modeller för multidisciplinär utredning av barnskyddsbehoven
 - b. åtgärder för regionalt stärka familjevården och stödet där och samordna den rikstäckande.

Prioriteringar som bearbetas inom spjutspetsarna

1. Främjande och förebyggande angreppssätt och metoder (innefattar tidigt stöd och åtgärder för att förebygga generationsöverskridande problem och marginalisering)
2. Multidisciplinär bedömning av servicebehovet
3. Stöd från specialiserad service, bl.a. förankras konsultationsmodeller i barns och ungas utvecklingsmiljö som stöd till basal service
4. Multidisciplinära tvärsektoriella tjänster, samordnat ledarskap
5. Arbetsmetoder som stärker barns, ungas och familjer delaktighet.

Exempel på vad som gjordes i utvecklingsarbetet inom Barn-Kaste programperioden 2008–2011

1. *Indikatorer och nyttiggörande av fakta i beslutsfattandet*
 - Velfärdsplaner för barn och unga: stöd med arbetet bl.a. workshopar.
 - System för bedömning av välbefinnande i samband med vidareutveckling av modellen med omfattande hälsokontroller: insamling och registrering av data, utnyttjande av data på olika beslutsnivåer; data har också rapporterats och utnyttjats i arbetet med den elektroniska välfärdsberättelsen.

- Barn- och ungdomspolitiskt programarbete. Det har också tagits fram en modell för att samla in ekonomiska data om kommunerna och rapportera om servicen till barnfamiljer enligt nivåerna för fem olika servicebehov.
 - Definition på förebyggande arbete.
 - Indikationer har tagits fram och en modell för insamling av välfärdsdata har tagits fram.
 - Servicekartläggningar och välfärdsbedömningar har integrerats i processerna och modellerna för barn, unga och familjer.
2. *Sätt att analysera och dra nytta av barns, ungas och barnfamiljers erfarenheter av behov, hjälp och service i beslutsfattande*
- Enkäter till barn, unga och föräldrar:
 - Enkät om vardagen och erfarenheter bland föräldrar, unga och barn
 - Välfärdsstudier bland 11-, 14-, 17-åringar och unga över 18 år.
 - Servicekartläggningar:
 - Läget för hemservice till barnfamiljer
 - Skolornas välbefinnandeprofiler
 - Skolkuratorer
 - Synpunkter bland högstadieunga, medlemmar i elevvårdsgrupper och föräldrar om nuläge och utvecklingsbehov inom psykosocialt stöd till unga och erfarenheter av familjerådgivningsbyråer
 - Studerandes attityder till professionellt psykosocialt stöd via videoöverföring.
 - Metodförbättring:
 - insamling av välfärdsdata bland barn (4 år) och unga (åk 5).
3. *Metoder och modeller som stöder barns och ungas välfärd, somatiska hälsa och psykiska hälsa*
- Metodmanual om olika modeller
 - Resursskola/terapeutisk-pedagogisk klass med samordnad undervisning
 - Lågtröskelservice
 - Psykiatriska sjukskötare i grundskolan (Merckari-verksamhet)
 - Förebyggande lågtröskelserviceställe för unga 13–21 år.
 - Metoder för grupparbete
 - Livshanteringskurs för unga
 - Preventiv modell för unga avsedd för skolor
 - Övning i social kompetens i ART-grupper
 - Stödgrupper för föräldraskap
 - Kamratstödsgrupper för barn och unga i skilsmässofamiljer
 - Kamratstödsgrupper för tonåringar
 - Stresshanteringsgrupper
 - Emotionell träning och växelverkan och lekgrupper i växelverkan
 - Föräldrakvällar, bl.a. Kasvamme yhdessä
 - Förberedande grupper (från hemmet till förskola, från förskola till skola, från lägre årskurser till högre)
 - Rehabiliteringsklientgrupper för barn och unga.
 - Multiprofessionella modeller
 - Förebyggande familjearbete
 - Stöd under graviditet
 - Stöd till spädbarnsfamiljer
 - Omfattande hälsokontroll av 4-åringar

- Stöd till unga med svårt beteende
- Rådgivning för unga
- Kurs i frivilligarbete
- Anvisningar för elevvård och samordnad modell för frånvaro
- Korttidsprogram för unga med psykiska problem
- Stöd i övergångsfaser – från barnrådgivning till dagis, från dagis till skola, från lågstadiet till högstadiet och från grundskola till andra stadiet
- Modeller för pedagogiskt partnerskap
- Sihti: konsultationsmodell för lågtröskelverksamhet inom ungdomspsykiatri, t.ex. som stöd för elevvård
- Utveckling av processen att bli klient och bedömning av behovet av multiprofessionell hjälp.
- Strukturella/startegiska modeller
 - Grupp för utveckling av elevvård
 - Nätverk för spädbarnsarbete som stöd för tidig interaktion
 - Familjecentralsverksamhet
 - Förankring av verksamheten på familjerådgivningsbyrå
 - Barn- och ungdomspolitiskt programarbete.

4. *Modeller för att förebygga marginalisering*

Effekterna av modellerna har utvärderats utifrån feedback från ett pilotförsök och lärodomsprov. Modellerna beskrivs på www.innokyla.fi. Dessutom har det gjorts pilotförsök med verktyg som tagits fram i andra sammanhang (Baro, Ihmeelliset vuodet, inkl. föräldraskola, Lene, Laps och resursindikatorer).

Individuellt stöd

- Stöd under graviditet
- Spädbarnsperson i familjer som ska få barn och spädbarnsfamiljer
- Multiprofessionellt samarbete för att stödja barn och familj när barnet går från hem till barnomsorg
- Omfattande hälsokontroll av fyraåringar (inkl. bedömning av familjens välbefinnande)
- Stöd till unga med svårt beteende
- Rådgivning för unga
- Flexibelt till andra stadiet
- Kurs i frivilligarbete för studerande på andra stadiet
- I ett projekt för intensivt stöd fick flickor med allvarlig marginaliseringsrisk och långvarig skolfrånvaro stöd från en person som besökte dem i hemmet och som i förekommande fall också hjälpte till med skolan -> påverkar kommunens omhändertaganden
- Teamet Exit
- Omin Jaloin (modell för specialungdomsarbete).

Gruppstöd

- Klientarbetsgrupper inom rehabilitering
- På väg mot föräldraskap – familjecoachning delvis på distans
- Baby/föräldragrupp
- Gruppstöd till barn i hemmet och familjen
- Multiprofessionellt samarbete till barn och familj när barnet går från hemmet till förskoleundervisning
- Föräldraskola för föräldrar till barn med beteendestörning

- Kamratstödsgrupp för barn och unga vid skilsmässa
 - Stöd till skolarbete i åk 7–8 med filmmetoder
 - Kamratstöd för att förebygga panikattacker
 - Kamratstöd till tonårsföräldrar
 - Träning i känslor och växelverkan för åk 7
 - Gruppträning i social kompetens och sätt att hantera ilska
 - Stresshantering för unga
 - Multiprofessionellt ledda föräldrakvällar för föräldrar till barn i förskolan och i åk 5
 - Förankring av familjerådgivningsverksamheten i åk 7–9.
5. *Servicepaket och arbetsmetoder för växelverkan*
- Nätverk för spädbarnsarbete som stöd för tidig växelverkan
 - Familjecentral
 - Multiprofessionellt arbete utifrån metoden Tukeya
 - Hyve-verksamhet (samarbete mellan rådgivningsbyrå och småbarnspedagogik)
 - Multidisciplinär utbildning för att ge aktörerna större kompetens och bygga upp samarbetsnätverk
 - Metoder för växelverkan mellan barn och vuxna genom dialog, t.ex. tidig växelverkan och motiverande växelverkan (ICDP International Child Development Programme).
6. *Skilsmässorådgivning och hjälp till föräldrar och barn vid skilsmässa*
- Kamratstöd till barn och unga som upplevt skilsmässa
 - Modell för hjälp i tidigt stadium av skilsmässa; målet är att förebygga långa vårdnadstvister och att beakta barnet i skilsmässoprocessen.
7. *Särskilda tjänster som stöd för basal service i barns uppväxt- och utvecklingsmiljö, hem och förskolepedagogik*
- Kaste-projekten har arbetat för detta mål över hela linjen och enskilda höjdpunkter bör lyftas fram mer, också på ett mer allmänt plan. Specialiserade konsultationer som stöd för basservicekräver reformer även i organisationen av specialiserade tjänster; fakturering per klient tillåter inte alltid t.ex. stöd till elevvård via barn- eller ungdomspsykiatri (stödet går inte alltid till ett visst barn eller en viss ung människa – och då blir man inte klient).
- Förankring av familjecentralsverksamheten i åk 7–9
 - Jeri (närstörstteam och konsultationsgrupp för intensivt stöd till unga)
 - Psykambulans (akut psykisk konsultation)
 - Konsti (konsultationsgrupp som stöd för basservice till barn i barnomsorgsåldern och skolåldern).
8. *Öppenvård, familjevård och vård i hemmet inom barnskyddet*
- Avoimesti yhdessä-verksamhet och Remonttirukkas (nätverkande multiprofessionellt arbete)
 - Pilotförsök med familjevård (inkl. kamratstöd och modeller)
 - Modell för central specialenhet med nätverkande vård utom hemmet (utvecklar och stärker familjevårdens roll vid vård utom hemmet)
 - Kurs i frivilligarbete för studerande på andra stadiet
 - Stöd till skolarbete i åk 7–8 med filmmetoder
 - Flexibelt upp till andra stadiet
 - Kehä: fungerande modell för öppenvård inom barnskyddet för att utveckla sitt arbete, bl.a. verkstäder.

9. *Utvärdering av effekterna av preventiv hälsovård*

- Jeri – utvärdering av effekter
- Vinssi – effektivitetsundersökningar; skolfrånvaro har minskat.

Prioriteringar som projektledarna velat lyfta fram

- Allmän kommentar: det viktigaste är att Kaste tagit fram nyorientering och ändringar i servicestrukturen
- Psykambulansen för barn och erfarenheterna från den
- Ihmeelliset vuodet-verksamhet
- Talterapi i förskolepedagogiken
- Nätverket för spädbarnsarbete – stöd till tidig växelverkan.

BILAGA 4

LAGSTIFTNING, PROJEKT, PROGRAM, STUDIER OCH PUBLIKATIONER I ANKNYTNING TILL DELPROGRAMMEN

I Riskgruppernas möjligheter till delaktighet, välfärd och hälsa förbättras

- Totalrevideringen av socialvårdslagen stärker strukturerna inom socialt arbete och service och utvecklar socialt arbete. (SHM)
- Arbetsgruppen TEOS behandlar social sysselsättning i arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte och i arbetsverksamhet för utvecklingsstörda och enligt socialvårdslagen 2012–2013. (SHM)
- Åtgärdsplan för att främja sysselsättningen av personer med nedsatt arbetsförmåga (lagstiftningsprojekt 2012–2013). (SHM)
- Lagstiftning om servicecenter för arbetskraften stärker det multidisciplinära samarbetet till stöd för arbetslösa. (ANM, SHM)
- Kommunförsök 2012–2015. (ANM, Kommunförbundet, SHM)
- Handlingsplan för att minska fattigdom, marginalisering och hälsoproblem 2012–2015. (SHM)
- Forsknings- och utvecklingsplaner 2011– för konsortiet för expertinstitut inom social- och hälsovårdsområdet (SOTERKO), särskilt programmen Yhteiskunnallinen eriarvoisuus och Nuorten aikuisten hyvinvointierojen kaventaminen. (SHM, THL, TTL)
- Strategin EU2020: höja sysselsättningen bland personer 20–64 år till 78 procent, minska antalet personer som hotas av fattigdom och marginalisering.
- Finlands handikappolitiska program VAMPO 2010–2015. (SHM, THL)
- Finlands rompolitiska program ROMPO.
- Nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete Mieli 2009–2015. (SHM, THL)
- Målet med den nya integrationslagen är att invandrare snabbt ska få arbete. (ANM, SHM)

Webbplatser och material

- Temasajt om minskade skillnader i välfärd och hälsa: www.thl.fi/kaventaja
- Nationellt expertnätverk för att mäta och bedöma funktionsförmåga: www.toimia.fi
- Innoby – innovationsmiljö för social- och hälsovården: www.innokyla.fi > navigera vidare till bl.a. lärandenätverkens webbplatser
- Socialporten webbtjänst för fackfolk inom det sociala området: <http://www.sosiaaliporatti.fi/sv-fi/>
- Utvärdering av effekterna socialt arbete bland vuxna: www.thl.fi/aikuissosiaalityo
- Material om hälsokontroller och service för arbetslösa (PTT-projektet): www.thl.fi/ptt
- Utvärdering av effekterna för hälsa och välfärd: Paltamomodellen för sysselsättning: www.thl.fi/paltamo
- Studie av hälsa och välfärd bland invandrare: www.thl.fi/maamu
- Handbok för handkappservice: <http://www.sosiaaliporatti.fi/sv-FI/handbok-for-handkappservice/>

- Genomförande av planen för mentalvårds- och missbruksarbete (Mieli):
http://www.thl.fi/sv_SE/web/sv/forskning/program/mieliplanen
- Program för att minska långtidsbostadslösheten 2012-2015:
<http://www.ymparisto.fi/download.asp?contentid=132651&lan=fi>
- Alkoholprogrammet: www.thl.fi/alkoholiohjelm
- Lokal alkoholpolitik, verksamhetsmodell (Pakka):
http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/pakka-toimintamalli
- Material om våld i nära relationer och våld i familjen (THL):
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tapaturmat_ja_vakivalta
- Konst och kultur ger välfärd (THL)
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/taiku,
- http://www.minedu.fi/OPM/Kulttuuri/kulttuuripolitiikka/linjaukset_ohjelmat_ja_hankkeet/hyvinvointi/?lang=sv

II Tjänsterna för barn, unga och barnfamiljer förnyas

Samband med lagstiftningsprojekt

- Socialvårdslagen, översyn av speciallagstiftningen inom det sociala området och närstående lagstiftning
- Lag om studerandevård
- Lag om småbarnspedagogik
- Lag om hur social- och hälsovård ska ordnas
- Revidering av kommun- och servicestrukturen
- Kommunallag

Program och projekt i delprogrammet presenteras närmare i planen för delprogrammet och i bilaga 3.

III Struktur och innehåll i tjänsterna för äldre förnyas

Genomförs som ett led i följande:

- Verkställigheten av hälso- och sjukvårdslagen (2010/1326, 12, 13, 20 §)
- Verkställigheten av hälso- och sjukvårdslagen (2010/1326, 26 §)
- Verkställigheten av hälso- och sjukvårdslagen (2010/1326, 27–28 §)
- Verkställigheten av hälso- och sjukvårdslagen (2010/1326, 51–52 §)
- Lag om ordnande av social- och hälsovården (under arbete)
(<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1739779>)
- "Äldreomsorgslagen", beredning och verkställighet (under arbete)
(http://www.stm.fi/sv/under_arbete/lagstiftningsprojekt/social_och_halsovard/alderslagen)
- Revidering av kvalitetsstandarden av service till äldre (under arbete)
(http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1063089)
- Kvalitetskriterier för hälsofrämjande verksamhet
(<http://pre20090115.stm.fi/pr1158139777250/passthru.pdf>)
- Genomförande av nationella handlingsprogrammet för minnessjukdomar (under arbete) http://www.stm.fi/sv/under_arbete/arbetsgrupper/handlingsprogram_for_minnsjukdomar
- Program för utveckling av närståendevården, beredning och genomförande (under arbete) (http://www.stm.fi/sv/under_arbete/arbetsgrupper/narstaendevarden)
- Program för utveckling av äldres boende, beredning och genomförande (<http://www.ymparisto.fi/default.asp?contentid=402589&lan=fi>)

- Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015
(http://www.stm.fi/sv/under_arbete/utvecklingsprojekt/halsa_2015)
- Genomförande av planen för mentalvårds- och missbruksarbete http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8871.pdf
- Riksomfattande projektet för munhälsovård (SUHAT)
(<http://info.stakes.fi/suhat/FI/index.htm>) (på finska)
- Statsrådets principbeslut om utvecklingslinjerna för motion och kost som främjar hälsa (http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7542.pdf)
- Kvalitetsrekommendationer om handledd hälsomotion för äldre personer
(http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3910.pdf)
- Säker läkemedelsbehandling för äldre, Riksomfattande handbok, genomförande
(http://www.stm.fi/sv/publikationer/publikation/-/_julkaisu/1070739#sv)
- Motionsråd i projektet Kraft i åren
(<http://www.voimaavanhuuteen.fi/se/framsida/>)

IV Servicestrukturen och primärservicen förnyas

Nationella projekt och arbetsgrupper

- Servicestrukturutredning (halvtidsrapport, slutet av maj 2012)
- Revidering av socialvårdslagstiftningen
- Äldreomsorgslag 2012
- Nationellt genomförande av EU:s patientdirektiv 2013
- Uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvårdslagen 2012–
- ShmF om grunderna för brådskande vård (den s.k. jourförordningen) 2012
- Projekt för att utreda vårdtillgängligheten 2012–
- Studerandehälsovården (SHM och THL) 2012–
- Utveckling och kvalitetskriterier för barnskyddet
- Planen för mentalvårds- och missbruksarbete (Mieli) 2009 halvtidsutvärdering och uppdatering
- Läkemedelspolitik 2020 genomförande 2012–
- Samlad utredning av rehabiliteringen
- Screeningarbetsgruppen
- Nationella minnesprogrammet
- Arbetsgruppen för utveckling av närståendevården
- Boendeprogram (utvecklingsstörda, psykiatriska rehabiliteringsklienter)
- Styrgruppen för akut omhändertagande, jour och nödcentralssamarbete
- Arbetsgruppen för sällsynta sjukdomar
- Arbetsgruppen för produktifiering av primärvård
- Arbetsgruppen för munhälsovård
- Arbetsgruppen för ett nationellt cancercentrum
- Arbetsgruppen för social- och hälsovårdsorganisationerna (HSO)

Ett urval projekt vid THL

- Databas för uppföljning av strukturomvandlingen inom social- och hälsovården
- Jourutredning
- Produktivitet, kostnader, kvalitet och personalens välbefinnande inom äldreomsorgen
- Programmet patientsäkerhet

- Organisation, samarbete och ledarskap inom primärvård i ett föränderligt service-system
- Utvärdering av genomförandet av hälsovinstmodellen
- Trade-off mellan rättvisa och effektivitet i hälso- och sjukvård
- Varför misslyckas hälso- och sjukvården? – Regionala och socioekonomiska skillnader kan undvikas i dödligheten
- Uppföljning av omstruktureringen i servicen på landsbygden
- Effektivitetsindikatorer för socialt arbete bland vuxna
- Social service i omvandling
- Ändringar och vårdkedjor i servicen till äldre
- Alleuropeisk modell för utvärdering av metoder inom hälso- och sjukvård byggs upp och permanentas
- Införande av nya metoder under kontrollerade former (HALO)
- Serviceforum för kommuninvånare
- Undersökning, uppföljning och utveckling av munhälsovården
- Klientcentrerat förtydligande och stöd till planeringsprocessen i handikappservicen
- Planen Mieli
- Musbrukarvård
- Päihteet Mielessä – lokal definition av serviceintegration och missbruksproblem
- Tidig upptäckt av alkoholproblem, miniinterventioner och behandlingsformer – utveckling och undersökning
- Satsningar på behandling av spelberoende
- Vårdkedjor i behandlingen av schizofreni
- Prevention och behandling av psykiska störningar – studie och utvecklingsarbete
- MERTTU: hur effektiv är mentalvården för personer i arbetsför ålder?
- Somatisk behandling av psykiatriska patienter
- Utvärdering i befolkningsstudier av vårdkvalitet vid psykisk störning och missbruk.
- Studie av effekter vid tidig intervention
- Mielen tuki – stöd till kommunernas strategier för mentalvård och missbrukarvård
- Från invandrare till kommuninvånare – regional verksamhetsmodell och servicestruktur
- Fungerande barn och familj, metoder och service för att främja barns psykiska hälsa i syfte att förebygga generationsöverskridande problem
- Basserviceprojektet
- Beställar-utförarmodeller
- Utvärdering av servicecheckar
- Perfect, vårdkedjor – funktion, effekter och kostnader
- European Health Care Outcomes, Performance and Efficiency (EuroHOPE)
- Psykoterapistudie i Helsingfors
- Invandrarundersökning
- Regional hälso- och välfärdsstudie
- Stöd till kommunerna med strukturer och genomförande av åtgärder för att främja välfärd och hälsa
- Projekt för att integrera bedömning av miljörelaterade hälsoskador i all planering och allt beslutfattande
- Framtagning av fakta om hälsofrämjande och förebyggande service

V Information och informationssystem omformas till stöd för klienter och fackfolk

Relevanta lagbestämmelser, projekt, program, studier och publikationer framgår av planen för delprogrammet. Följaktligen räknas de inte upp här.

VI Genom ledarskap stöds förnyandet av servicestrukturen och välbefinnandet i arbetet

Nationella projekt och arbetsgrupper (SHM)

- ANM, SHM, UKM: Strategi för att utveckla arbetslivet
- Delegationen för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården
- Forum för yrkesutbildade personer inom det sociala området
- Projektet Hyvä
- Utbildningsstyrelsen: Processmodell för prognostisering av kompetensbehov (VOSE)
- Utbildningsanordnarnas och KT Kommunarbetsgivarnas projekt för prognostisering av kompetensbehov, ESF
- Utbildningskommissionerna och deras prognostiseringsprojekt.

Samarbetsforum och samarbetsnätverk

- Nolla tapaturmaa-foorumi
- THF (työhyvintointifoorumi)
- Nätverket för ledarskapsutveckling (alla sektorer)
- Nätverket för ledarskap inom det sociala området (SHM)
- Nätverket för personalledning (HR) (Kommunarbetsgivarna)
- Arbetarskyddscentralens kommungrupp (Kommunarbetsgivarna och organisationer för kommunanställda)
- Regionala samarbetsnätverk för ledarskap inom omvårdnadsarbete
- Nätverket för förvaltningsöversköterskorna i SHM:s sjukvårdsdistrikt och hälsovårdsinspektörerna vid RFV
- Nätverket för förvaltningsöverläkarna i SHM:s sjukvårdsdistrikt
- Nätverket för chefer inom folkhälsoarbete
- Nätverket utbildningsdirektörer vid SHM och inom social- och hälsovård
- Universitetens och högskolornas nätverk
- Nätverket för hälsovårdsdirektörerna i de stora städerna, Kommunarbetsgivarna
- Nätverket för social- och hälsovårdsdirektörer i medelstora städer, Kommunarbetsgivarna
- Programmet Ny kommun 2017.

Pågående projekt och andra åtgärder som stöder målen i delprogrammet

- Datatekniska möjligheter i ledarskap och chefsarbete inom social- och hälsovård, TTL
- Innovation och välbefinnande i offentlig sektor genom ledarskap, TTL
- Föränderliga koncept i servicenätet och nya instrument för klientförståelse – Hantering av förändring och hållbart välbefinnande i arbetslivet (också social- och hälsovårdsorganisationer), TTL
- Sambandet mellan förändringar i sjukhusorganisationer och förändringar i personalens arbetsmiljö och hälsa, TTL
- Återkommande enkätstudie inom social- och hälsovårdssektorn, TTL

- Service till barn, unga och familjer och hur de leds i kommunerna. Analysen bygger på kombinerat material från register, sektorsledning och skolhälsoenkäten – enkäter till sektorsledningen och personalen, THL
- Spridning och utvärdering av en generisk modell för servicesamordnande ledarskap (service till barn, unga och familjer), THL
- Utveckling och undersökning av en servicekultur med nätverksdialog, THL
- Förändringsledarskap behandlas i PD- och MBA-utbildning i ledarskap inom social- och hälsovård
- Många utbildningsaktörer erbjuder kurser i förändringsledarskap
- Arbetsmiljön och personalens välbefinnande på socialbyråer i en föränderlig kommunmiljö, THL
- Dialogorienterat ledarskap som underlag för innovativitet, TTL, Tammerfors universitet
- Personalledning, effektivitet och arbetslivskvalitet (HYÖTY), TTL och Aalto-universitetet
- Undersökning kring kommunreformen: forskningsprogrammet ARTTU, Kommunarbetsgivarna och ministerierna
- Innostuksen spiraali – motiverande och framgångsrika arbetsplatser (också social- och hälsovårdsorganisationer), TTL
- Deltagande innovationsverksamhet och ledarskapsfrämjande faktorer, TTL och THL
- Avsnittet Johto johtamaan i programmet Potilasturvallisuutta taidolla som samordnas av THL
- Utvärdering av genomförandet av hälsovinstmodellen, THL
- Utvecklings- och utvärderingsstudie av modeller för läkarjour, THL
- Sjukförsäkring som ett led i social- och hälsovårdspersonalens arbete och rutiner, THL
- Kevas undersökning av välbefinnande i arbetet och KAARI-service för att höja välbefinnande i arbetet och förlänga arbetslivet
- Studien Kommun 10 (kommun- och sjukhusmaterial), TTL
- Förankring i säkerhetsledningen inom äldreomsorgen av en modell för hantering av fysiska risker, TTL
- Riskhanteringsmodell för hälso- och sjukvårdsenheter, TTL
- Samlad säkerhet i hälso- och sjukvård 1: Att främja välbefinnande i arbetet som sjukhusbiträde, TTL
- Samlad säkerhet i hälso- och sjukvård 2: hälso- och sjukvårdsutveckling i Limingo kommun, TTL
- Hälsofrämjande arbetsplatser – genomförande-, utvärderings- och förankringsprojekt, TTL
- HVC-läkarens arbete i välfärdsstaten i omvandling, THL
- Integrering i den finländska vården av hälso- och sjukvårdspersonal av utländsk härkomst, THL
- Joint Action, JAHPF (planning and forecasting), SHM, THL
- Kompetensprognostisering i kommunal service, Kommunarbetsgivarna.

FÖRKORTNINGAR

SHM	=	Social- och hälsovårdsministeriet
UKM	=	Undervisnings- och kulturministeriet
IM	=	Inrikesministeriet
MM	=	Miljöministeriet
ANM	=	Arbets- och näringsministeriet
JM	=	Justitieministeriet
FM	=	Finansministeriet
JSM	=	Jord- och skogsbruksministeriet
TTL	=	Arbetshälsoinstitutet
THL	=	Institutet för hälsa och välfärd
Valvira	=	Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården
RFV	=	Regionförvaltningsverk
TEKES	=	Utvecklingscentralen för teknologi och innovationer
RAY	=	Penningautomatföreningen